

لیبارٹری ٹیسٹ

ڈاکٹر عتیق الرحمن



کتاب خانہ طبیب | Facebook

عثمان چیلنجیشنز

بسم اللہ الرحمن الرحیم

کلینیکل لیبارٹری ٹیسٹوں کے مطابق ایک مفید اور معلوماتی کتاب

کلینیکل

لیبارٹری ٹیسٹ

مصنف
ڈاکٹر عتیق الرحمن

ایم۔ بی۔ بی۔ ایس ڈی۔ ٹی۔ سی ڈی۔ سی۔ سی۔ او
کوآرڈینیٹر ٹی۔ بی۔ ڈالس پروگرام (پی۔ ٹی۔ پی)
کمپین کیونیکیشن آفیسر فار پولیو (نیشنل پروگرام)

ناشر
عثمان پبلی کیشنز

سیل پوائنٹ

شیخ بشیر

جلال الدین ہسپتال بلڈنگ چوک اردو بازار لاہور

فون: 042-7640094, 0333-4275783

فہرست

صفحہ	عنوانات	
7	بنیادی ٹیسٹ اور ان کے نتائج	✽
7	پیشاب کا ٹیسٹ	✽
8	پیشاب کا معائنہ	✽
8	مقدار	✽
9	پولی یوریا	✽
9	رات کو پیشاب کی زیادتی	✽
9	پیشاب کی مقدار میں کمی	✽
10	پیشاب کی مکمل بنائش	✽
10	رنگت اور شفاف پن	✽
11	وزن مخصوص	✽
12	وزن مخصوص کم ہونے کی وجوہات	✽
13	تلچھٹ کا عام آنکھ سے معائنہ	✽
13	تلچھٹ کی اقسام	✽
14	پیشاب کا کیسائی تجزیہ	✽
15	پروٹین ٹیسٹ کرنے کا طریقہ	✽
16	اہال کر ٹیسٹ کرنا	✽
17	لیسیلک ایسڈ ٹیسٹ	✽
18	ایس بیج کا الیہو میٹر	✽
18	پیشاب میں پروٹین کی اہمیت	✽
19	خون اور اس سے ماخوذ اجزاء	✽
20	خون کی موجودگی کا ٹیسٹ	✽
20	خون اور اس کے مادوں کی پیشاب میں اخراج کی اہمیت	✽
20	مائیو گلوبن یوریا	✽

21	شوگر
22	رڈ یوسنگ اشیاء کے لئے ٹیسٹ
22	بنی ڈکٹ ٹیسٹ
23	کلینی ٹیسٹ
23	ریجنٹ سٹریپ
24	کیٹمنز
25	بائل پگمنٹس
26	یورو بلی نو جن ارو یورو بلن
27	بائل پگمنٹ کے لئے ٹیسٹ
27	اکٹو ٹیسٹ
27	ارلک ایلڈی ہائیڈ ٹیسٹ اور ریجنٹ سٹریپ ٹیسٹ
28	مائیکروسکوپک معائنہ
29	خون کے سرخ جیسے
29	لیکوسائٹس (خون کے سفید خلیے)
30	اپی تھیلیل سیلز
30	سپرمیٹوزوآ
30	پراسٹیک تھریڈ
30	کاسٹ
30	کرٹلرز
31	چھوٹے جراثیم
31	مل ہارڈیا
32	پلازما میں یوریا اور کریٹینین
32	الیکٹروکارڈیوگرام
33	الیکٹروکارڈیوگرام کی تشریح اور پڑھنا
35	دل کی دھڑکن کی خرابی اور الیکٹروکارڈیوگرام
36	سائنس ٹیکنی کارڈیا
36	

- 36 سائنس بریڈی کارڈیا ❀
- 37 سائنس اردھمیا ❀
- 37 ایکسٹراسسٹلی یا ایکٹا پک بیٹ ❀
- 38 ایٹرل ٹیکسی کارڈیا اور ایٹرل فلٹر ❀
- 38 ایٹرل فبریلیشن ❀
- 38 ایٹریوڈینٹریکلر بلاک ❀
- 39 وینٹریکلر فبریلیشن ❀
- 39 ایلکٹر و کارڈیوگرام اور دل کی مختلف حالتیں ❀
- 40 رائٹ وینٹریکلر ہائپرٹروفی ❀
- 40 بنڈل برانچ بلاک ❀
- 40 مائیو کارڈیل انفارکشن ❀
- 41 ہپاٹائٹس B سرفس اینٹی جن ❀
- 44 مردانہ مادہ منویہ کا تجزیہ ❀
- 44 نمونہ حاصل کرنا اور لیبارٹری تک پہنچانا ❀
- 45 سیمن کالیبارٹری میں معائنہ ❀
- 45 حرکت کرنے والے سپرموں کی فیصد تعداد کا اندازہ لگانا ❀
- 46 سپرموں کو شین کر کے معائنہ کرنا ❀
- 48 چھاتی کا ایکسرے ❀
- 48 ریڈیو گرافی ❀
- 51 نارمل کارڈیک آؤٹ لائن ❀
- 52 عام تبدیلیاں بیماری کی حالت میں ❀
- 52 سینے میں دل کی پوزیشن ❀
- 53 دل کا سائز اور شکل ❀
- 56 ایڈز کا ٹیسٹ ❀
- 56 سیروڈایا کٹ میں 100 ٹیسٹوں کیلئے مہیا ریجنٹ اور لوازمات ❀
- 59 ٹیسٹ کا طریقہ کار ❀

60	کنٹرول ٹیسٹ کا طریقہ کار	○
62	احتیاطیں	○
63	خون کا مکمل ٹیسٹ	○
64	خون کو جمنے سے روکنے والی ادویات	○
67	وائٹ بلڈ سیلز (خون کے سفید خلیے)	○
69	پاخانے کا معائنہ	○
70	انٹریوں کی بیماریوں میں پاخانہ کی حالت	○
72	کیمیائی معائنہ	○
72	خون کا پتہ لگانے کے لئے ٹیسٹ	○
73	بیزاڈین ٹیسٹ	○
73	پاخانے کا خورد بینی معائنہ	○
76	بلغم کا معائنہ عام آنکھ سے	○
76	خورد بینی معائنہ	○
78	حاملہ ہونے کا ٹیسٹ	○
79	ٹونومیٹری	○



بنیادی ٹیسٹ اور ان کے نتائج

(Interpretation of Basic Investigations)

معالج کو روزمرہ مریضوں کے معائنہ کے دوران کچھ بنیادی ٹیسٹوں کے کروانے کی ضرورت پڑتی ہے۔ ان ٹیسٹوں سے مریض کی بیماری کو جاننا اور اس کی تشخیص بہت آسان ہو جاتی ہے۔ ان تمام ٹیسٹوں کے بارے میں معلومات معالج کے لئے ضروری ہے۔ اس باب میں ہر ٹیسٹ کے بارے میں مفصل معلومات دینے کی کوشش کی گئی ہے۔ اس میں ٹیسٹ کرنے کا طریقہ جن بیماریوں میں ٹیسٹ کی ضرورت پڑتی ہے اور ٹیسٹ ہونے کے بعد اس ٹیسٹ کی رپورٹ کیسے پڑھنی ہے سب کا بیان مفصل موجود ہے۔

وہ ٹیسٹ جو اس باب میں پڑھے جائیں گے۔ ان کے نام یہ ہیں:

- 1- پیشاب کا ٹیسٹ (یورینالائیسیس) (Urinalysis)
- 2- ای۔ سی۔ جی (E.C.G)
- 3- ہیپاٹائٹس B سرفس اینٹی جن (Hepatitis "B" Surface Antigen)
- 4- منی کا ٹیسٹ (Semen Analysis)
- 5- ایکس رے چسٹ (چھاتی کا ایکس رے) (X-Ray Chest)
- 6- ایڈز کا ٹیسٹ (Aids Test)
- 7- خون کا مکمل ٹیسٹ (Complete Blood Examination)
- 8- پاخانے کا معائنہ (Stool Examination)
- 9- بلغم کا معائنہ (Sputum Examination)
- 10- حاملہ ہونے کا ٹیسٹ (Pregnancy Test)
- 11- ٹونومیٹری (آنکھ کے ڈھیلے کا اندرونی دباؤ ماپنا) (Tonometry)

1- پیشاب کا ٹیسٹ (Urinalysis)

کسی صاف برتن یا بوتل میں کیا ہوا پیشاب ہی معائنہ کے لئے بہتر ہوتا ہے۔ چونکہ پیشاب کو پہلے یوریتھرا (Urethra) سے گزرتا ہے۔ اس لئے اس کا یوریتھرا کے جراثیموں سے

آلودہ ہونے کا خطہ ہوتا ہے۔ یہی وجہ ہے کہ بعض اوقات پوریتھرائکی جراثیمی آلودگی سے بچنے کے لئے مٹانہ سے براہ راست بھی پیشاب لیا جاتا ہے۔

پیشاب کا معائنہ:

پیشاب کا معائنہ چار طریقوں سے کیا جاتا ہے۔ ان طریقوں کی تفصیل یوں ہے:

(الف)	ظاہری معائنہ	(Physical Examination)
(ب)	کیمیائی تجزیہ	(Chemical Analysis)
(ج)	خوردبینی معائنہ	(Microscopic Examination)
(د)	جراثیمی معائنہ	(Examination of Micro Organisms)

(الف) ظاہری معائنہ

(Physical Examination)

ظاہری معائنہ میں پیشاب کی طبعی (Physical) خصوصیات کا معائنہ کیا جاتا ہے۔ وہ طبعی خصوصیات یہ ہیں:

(i)	مقدار	(Quantity)
(ii)	رنگت اور شفاف پن	(Colour Transparency)
(iii)	وزن مخصوص	(Specific Gravity)
(iv)	تپجھٹ	(Deposits)

(i) مقدار (Quantity):

ایک صحت مند انسان دن میں تقریباً 700 ملی لیٹر سے 2500 ملی لیٹر پیشاب خارج کرتا ہے۔ لیکن اس کا زیادہ انحصار مائع کے استعمال پر ہے۔ اگر مائعات زیادہ استعمال کئے جائیں تو پیشاب کی مقدار بڑھ جاتی ہے اور روزوں میں جب پانی اور مائع کم لئے جائیں تو پیشاب کی مقدار کم ہو جاتی ہے۔ پیشاب کی مقدار کا انحصار موسم اور درجہ حرارت پر بھی ہے۔ گرمیوں کے موسم میں جب پانی بخارات بن کر جسم سے اڑتا ہے اور پسینے کی صورت میں خارج ہوتا ہے تو جسم کو پانی کی ضرورت ہوتی ہے اور اسی وجہ سے پیشاب کی مقدار کم ہو جاتی ہے۔ جب کہ سردیوں کے موسم میں پیشاب کی مقدار زیادہ ہو جاتی ہے کیونکہ پسینہ نہیں آتا اور جسم کی جلد سے پانی بخارات بن کر نہیں اڑتا۔ کھانا کھانے کے بعد پیشاب کی مقدار بڑھ جاتی ہے جب کہ کم کھانے سے

پیشاب کی مقدار کم ہو جاتی ہے۔

پیشاب کی مقدار میں درج ذیل تبدیلیاں آ سکتی ہیں:

- | | | |
|------------|--------------------------------------|-----|
| (Polyuria) | پیشاب کی مقدار کا بہت زیادہ بڑھ جانا | (a) |
| (Nocturia) | پیشاب کی رات کو آنا (نوکٹ یوریا) | (b) |
| (Oliguria) | پیشاب کا کم آنا (اولگ یوریا) | (c) |
| (Anuria) | پیشاب کا بالکل نہ آنا (این یوریا) | (d) |

پولی یوریا:

پیشاب کی مقدار کے بہت زیادہ بڑھ جانے کو پولی یوریا (Polyuria) کہتے ہیں۔ پولی یوریا (Polyuria) کی وجوہات میں درج ذیل سب سے زیادہ اہم ہیں۔

- 1- ذیابیطس شکر (Diabetes Mellitus)
- 2- ذیابیطس سادہ (Diabetes Insipidis)
- 3- گردوں کا فیل ہونا (Acute Renal Failure)

رات کو پیشاب کی زیادتی (Nocturia): (نوکٹ یوریا)

اگر رات کو سوتے وقت بہت زیادہ مائع استعمال کئے جائیں تو رات کو کئی دفعہ اٹھنا پڑتا ہے۔ لیکن اگر مریض کو یہ شکایت عام ہے تو اس کا مطلب ہے کہ مریض کے گردے پیشاب کو گھاڑا نہیں کر سکتے۔ وہ بیماریاں جو رات کو پیشاب کا سبب بنتی ہیں۔ ان کے نام یہ ہیں:

- 1- گردوں کی پرانی فیلور (Chronic Renal Failure)
- 2- پراسٹیٹ غدود کا بڑھنا (Benign Prostatic Hypertrophy)

پیشاب کی مقدار میں کمی (Oliguria): (اولگ یوریا)

بغیر کسی وجہ کے پیشاب کے اخراج میں کمی درج ذیل وجوہات کی بنا پر ہوتی ہے۔

- 1- دست/اسہال (Diarrhoea)
- 2- الٹیاں (Vomiting)
- 3- بخار (Fever)
- 4- پسینے کی زیادتی (Sweating)
- 5- بہت زیادہ جلنے کی صورت میں (Excessive Burn)
- بلڈ پریشر اچانک کم ہونے کی صورت میں (Hypotension)

7- دل کے فیل ہونے کی صورت میں (Heart Failure)

8- گلو میرولونفرائٹس (Glomerulonephritis)

پیشاب کی مکمل بندش (Anuria): (این یوریا)

پیشاب کی مکمل بندش صرف اس صورت میں ممکن ہے جب پیشاب کے راستے میں کوئی رکاوٹ آ جائے۔

(ii) رنگت اور شفاف پن (Colour / Transparency):

یوروکروم (Urochrome) اور یورواریتھرین (Uroerythrene) رنگ ہیں جو پیشاب کو اس کا مخصوص رنگ دیتے ہیں۔ پیشاب کا اصل رنگ تبدیل ہوتا رہتا ہے اور کچھ دیر پیشاب کو رکھنے سے بے رنگ یوروبلی نو جن (Urobilinogen) کی آکسیڈیشن (Oxidation) ہونے سے رنگ دار یوروبلن (Urobilin) بن جانے سے اس کا رنگ گہرا ہو جاتا ہے۔ پیشاب کے گاڑھے پن کا قابل اعتماد اندازہ اس کے ظاہری معائنے سے نہیں لگایا جاسکتا۔ دھوئیں جیسا رنگ پیشاب میں ہلکے خون کی وجہ سے ہوتا ہے۔ جب کہ خون کی مقدار زیادہ ہو تو پیشاب کی رنگت براؤن (Brown) یا سرخ (Red) ہو جاتی ہے۔ اگر پیشاب میں ہیموگلوبن (HB) آ جائے تو پیشاب کی رنگت سرخ سے براؤن یا بلیک ہو جاتی ہے۔ (چقدر کے زیادہ استعمال سے بھی پیشاب کی رنگت ایسی ہی ہو جاتی ہے۔)

جب پیشاب بہت ہلکا ہو تو غیر واضح پیلا ہٹ دیتا ہے۔ مثلاً گردوں کی فیلور (Renal Failure) میں جب وزن مخصوص 1.002 ہوتا ہے تو نارمل رنگ یا تو بہت ہلکا ہوتا ہے یا بالکل نہیں ہوتا۔

بائل پگمنٹ (Bile Pigment) کی وجہ سے پیشاب کا رنگ براؤن نظر آتا ہے جو کہ پیشاب والے برتن یا ٹیسٹ ٹیوب کو روشنی کی طرف کر کے دیکھنے سے سطح پر ہرے رنگ میں نظر آتا ہے۔

کچھ ادویات ایسی ہوتی ہیں جو کہ پیشاب کو مخصوص رنگ دے دیتی ہیں۔

1- ریفامپیسین (Rifampicin) یہ ٹی بی کی دوا پیشاب کی رنگت سرخ کر دیتی ہے۔

2- نائٹروفیرانٹون (Nitrofurantion) براؤن

3- فیورازولی ڈون (Furazolidone) براؤن

4- ٹیٹراسائیکلین (Tetracycline) پیلا

- 5- میتھائی لین بلیو (Methylene Blue) سبز
 - 6- میتھائل ڈوپا (Methyl Dopa) سلیٹی یا کالا
 - 7- آئرن ساربی ٹول (Iron Sorbitol) سلیٹی یا کالا
- عام طور پر تازہ پیشاب بالکل شفاف ہوتا ہے۔ اگر پیشاب میں گدلا پن یا ٹربی ڈٹی (Turbidity) ہو تو یہ پروٹین کی وجہ سے ہو سکتی ہے۔ اگر پیشاب میں سفیدی ہو تو یہ بہت سے عناصر کے معلق (Suspension) ہونے کی وجہ سے ہوتی ہے۔ ان میں سب سے اہم بیکٹیریا، پس (Pus) فاسفیٹ (Ph) اور یوریٹ (Urate) ہوتے ہیں۔ یہ جاننے کے لئے کہ سفیدی ان میں سے کس عنصر کی وجہ سے ہے۔ پیشاب میں ایسڈ (Acid) ملا دیں۔ فاسفیٹ پیشاب میں فوراً گھل جاتا ہے۔ جب اس پیشاب کو فلٹر کیا جائے اور سفیدی پھر بھی برقرار رہے تو یہ بیکٹیریا کی وجہ سے ہے۔ صاف پیشاب کو کمرے کے درجہ حرارت (Room Temperature) تک لایا جائے تو یہ بھی سفیدی دے سکتا ہے جو کہ یوریٹ کرٹلز (Urate Crystals) کی وجہ سے ہوتا ہے۔ اگر اس پیشاب کو دوبارہ جسم کے ٹمپریچر تک لایا جائے تو یہ پھر گھل جاتی ہیں اور پیشاب صاف ہو جاتا ہے۔

(iii) وزن مخصوص (Specific Gravity):

کسی بھی مائع کے پتلے پن یا گاڑھے پن کا اندازہ اس کی اوسمولیریٹی (Osmolarity) سے کیا جاتا ہے۔ اوسمولیریٹی (Osmolarity) کا انحصار اوسموٹیکلی (Osmotically) عملی ذروں کی تعداد محل (Solvent) کے فی یونٹ پر ہے جس کا اس کے نکتہ انجماد مانپے پر تعین کیا جاسکتا ہے۔ یہ اکثر معاونت تو کرتا ہے لیکن بالکل صحیح نہیں ہو سکتا۔ عام طور پر وزن مخصوص یورینومیٹر (Urinometer) سے معلوم کیا جاتا ہے۔ وزن مخصوص کا انحصار محل (Solute) کے ذرات کی تعداد اور ان کی اقسام پر ہے۔ اچھے نتائج کے لئے چند اقدامات ضروری ہوتے ہیں۔ مثلاً:

1- شیشے کے زیر استعمال اشیاء دھلائی کرنے والی اشیاء یعنی ڈٹرجنٹ (Detergent) سے پاک ہونی چاہئیں۔

2- یورینومیٹر بغیر کسی رکاوٹ کے پیشاب میں تیرنا چاہئے اور بالائی سطح کی تہہ والی ریڈنگ متعلقہ ہے۔

3- چونکہ یہ آلہ 16c پر کام کرتا ہے اس لئے اگر اس ٹیسٹ کو گرم پیشاب پر کیا جائے گا تو رزلٹ غلط آئے گا۔ اس مقصد کے لئے پہلے پیشاب کو کمرے کے درجہ حرارت پر آنے دیں یا پھر ریکارڈ شدہ وزن مخصوص میں 0.001 ہر 3c کے لئے جمع کیا جانا چاہئے۔

1- اگر پیشاب کی مقدار کم ہے اور اس میں یورینو میٹر نہیں تیر سکتا تو ڈسٹنڈ وائر برابر مقدار میں ڈال کر ہلکا کیا جاسکتا ہے اور یورینو میٹر کی آخری دو فلرز کو ڈبل کر دیا جاتا ہے۔ یورینو میٹر سے وزن مخصوص کی ریڈنگ لیتے وقت احتیاط نہ برتی جائے تو نتیجہ غلط آتا ہے۔ آج کل مارکیٹ میں تجارتی طور پر ٹیسٹ سٹرپس (Multistix SG) عام ملتی ہیں جو کہ بہت کم مقدار پیشاب میں بہت اچھا نتیجہ دیتی ہیں اور یہ نتیجہ چند سیکنڈز میں آ جاتا ہے۔

ٹارٹل وزن مخصوص کا انحصار یوریا (Urea) اور سوڈیم (Na) کی مقدار پر ہوتا ہے۔ ٹارٹل وزن مخصوص 1.015 سے 1.025 تک ہوتا ہے۔ اس وزن مخصوص میں ہر لمحہ فرق پڑ سکتا ہے۔ مثلاً بہت زیادہ پانی پی لینے کی صورت میں پیشاب پتلا آئے گا اور وزن مخصوص کم ہو جائے گا۔ لیکن صبح کے وقت جو پہلا پیشاب آتا ہے اس میں وزن مخصوص بہت زیادہ ہوتا ہے جب وزن مخصوص یورینو میٹر سے لیا جاتا ہے تو 0.004 کا اضافہ ہر ایک ملی گرام فی 100 ملی لیٹر گلوکوز سے ہوتا ہے اور 0.003 کا اضافہ ہر ایک ملی گرام فی 100 ملی لیٹر پروٹین سے ہوتا ہے اور یہ اضافہ ریڈیو گرافک کنٹراسٹ میڈیا (Radiographic Contrast Media) کی وجہ سے بھی ہو سکتا ہے۔ جو کسی تشخیص کے سلسلہ میں جسم میں داخل کیا جاتا ہے۔ ان بھاری مالیکیولوں کی وجہ سے وزن مخصوص میں بھی اضافہ ہو جاتا ہے۔

وزن مخصوص کم ہونے کی وجوہات:

وزن مخصوص چند حالات میں کم ہو جاتا ہے۔ اس میں سے اہم درج ذیل ہیں:

- 1- بہت زیادہ پانی پینے کی صورت میں
- 2- ذیابیطس سادہ (Diabetes Insipidus) ذیابیطس سادہ میں ایک ہارمون اینٹی ڈائی یورٹک ہارمون (ADH) کی کمی ہو جاتی ہے جس کی وجہ سے گردوں کی تالیاں پانی کو دوبارہ خون میں جذب نہیں کر سکتیں اور پیشاب بہت پتلا آتا ہے اور اس پیشاب کا وزن مخصوص کم ہوتا ہے۔
- 3- جب گردوں کے فیل ہونے کا آغاز ہوتا ہے تو وہ پیشاب کو پتلا یا گاڑھا کرنے کی صلاحیت سے محروم ہو جاتے ہیں اور پیشاب کا وزن مخصوص کم ہو جاتا ہے۔ گردوں کی پرانی فیلچور (Chronic Renal Failure) میں پیشاب کا وزن مخصوص کم ہوتے ہوتے 1.010 پر فکس ہو جاتا ہے جو کہ گلو میرولر فلٹریٹ (Glomerular Filtrate) کا وزن مخصوص ہوتا ہے۔ اسے آکسوٹھن یوریا (Isosthenuria) کہتے ہیں۔ اس کا مطلب

ہے کہ پیشاب پلازما کے وزن مخصوص پر آرہا ہے یا اس کی اوسمولیریٹی (Osmolarity) پلازما کی اوسمولیریٹی (Osmolarity) کے برابر ہوگئی ہے۔ یہ گردوں کی کارکردگی کا سادہ ترین ٹیسٹ ہوتا ہے۔ اسے ٹیسٹ کرنے کے لئے صبح کا پہلا پیشاب نمونہ کے لئے لیا جاتا ہے۔ کیونکہ اس وقت پیشاب بہت گاڑھا ہوتا ہے لیکن اس میں بھی غلطی کا احتمال رہتا ہے۔ اس لئے اگر پیشاب کو 24 گھنٹے اکٹھا کیا جائے اور اس میں سے نمونہ لیا جائے تو صحیح وزن مخصوص کا پتہ چل جاتا ہے۔ اگر پیشاب کا وزن مخصوص 1.018 سے زیادہ ہو تو اس کا مطلب ہے کہ گردوں میں پیشاب کا گاڑھا کرنے کی صلاحیت موجود ہے۔ اگر صبح پیشاب کے نمونے میں وزن مخصوص صحیح نہ ملے تو اس کا ہرگز یہ مطلب نہیں ہے کہ گردے خراب ہو گئے ہیں۔ کیونکہ انتہائی گاڑھا پن حاصل کرنے کے لئے مائع لئے بغیر رات بھر سے زیادہ کا عرصہ درکار ہوتا ہے۔ مائع لئے بغیر اس قسم کا ٹیسٹ لینے سے پہلے یہ ضرور دیکھنا چاہئے کہ کہیں مریض پانی کی کمی کا شکار (Dehydration) تو نہیں ہو گیا۔

(iv) تلچھٹ (Deposits) کا عام آنکھ سے معائنہ:

نارمل پیشاب جب بالکل تازہ لیا جاتا ہے تو بالکل صاف اور شفاف ہوتا ہے اور کچھ دیر رکھنے پر مادوں کی تلچھٹ (Deposits) اس میں ظاہر ہو جاتی ہے۔ یہ شیشے کی ٹیسٹ ٹیوب میں بادل کی صورت میں ظاہر ہوتے ہیں۔ اگر پیشاب کا وزن مخصوص زیادہ ہے تو یہ درمیان میں یا اوپر کی سطح پر ہوں گے۔

تلچھٹ کی اقسام:

- 1- مختلف مادوں کی وجہ سے تلچھٹ کی رنگت بھی مختلف ہوتی ہے۔
- 2- یوریش (Urates) فاسفیٹ (Phosphate) اور بورک ایسڈ (Boric Acid) نارمل پیشاب میں رسوب (Precipitate) کی شکل اختیار کر لیتے ہیں۔
- 3- فاسفیٹ کے تلچھٹ سفید رنگ کے ہوتے ہیں۔
- 4- اگر پیشاب اساسی ہو تو ہلکا گرم کرنے پر تلچھٹ بڑھ جاتی ہیں۔ کیونکہ گرم کرنے سے پیشاب سے کاربن ڈائی آکسائیڈ گیس نکل جاتی ہے اور پیشاب اور اساسی ہو جاتا ہے۔ اگر اس پیشاب میں لیسینک ایسڈ (Acetic Acid) ملا دیا جائے تو تلچھٹ غائب ہو جاتا

5- یوریٹ (Urate) اور بورک ایسڈ (Boric Acid) ہلکے گلابی رنگ کے تلمچٹ پیدا کرتے ہیں۔ خاص طور پر جب کہ پیشاب گاڑھا ہو یا بہت تیزابی ہو جو کہ گرم کرنے سے یا سوڈیم ہائیڈروآکسائیڈ (NaOH) ملانے سے غائب ہو جاتا ہے۔ یہ زیادہ اہمیت کے حامل نہیں ہوتے یہ جسم میں پیورین (Purine) کی ٹوٹ پھوٹ کو ظاہر کرتے ہیں۔ جیسا کہ مائیکروپرائی فیریشن (Myeloproliferation) کی گڑبڑ میں خاص طور پر علاج کے بعد جب کہ یہ گردوں کی تالیوں میں واقعی رکاوٹ ڈال سکتی ہے یا پتھری کی وجہ سے جو کہ گردے کے کپ کی شکل کے حصے یا حوض گردہ یا یوریتھر میں رکاوٹ ڈال کر درد کا سبب بنے۔ بہت زیادہ لیکوسائٹس (Leukocytes) اور بیکٹریا بھی پیشاب کو گدلا پن دے سکتے ہیں پیلے اور سفید تلمچٹ کبھی کبھار پیپ سے بھی بن سکتے ہیں۔ مجموعی طور پر پیشاب میں خون بھی سرخ تلمچٹ دے سکتا ہے۔

(ب) پیشاب کا کیمیائی تجزیہ

(Chemical Analysis of Urine)

معمول کے معائنہ میں پیشاب کے عناصر کے موازنہ کے لئے بہت سے روایتی کیمیائی ٹیسٹوں کی بجائے تجارتی گولیوں ریجنٹ سٹک (Regent Sticks) یا سٹریپ ٹیسٹوں (Strip Tests) نے لے لی ہے۔ ان میں سے کچھ مختصر بیان کئے جائیں گے۔ ان کا تفصیلی بیان متعلقہ کمپنیوں نے اپنے لٹریچر میں دیا ہے۔ یہ خاص طور پر اس وقت بہت ضروری ہو جاتا ہے جب کہ ملٹی سٹکس (Multistix) استعمال کی جا رہی ہو۔ کیونکہ یہ پیشاب کے بہت سے عناصر چیک کرتی ہے۔ اس لئے رنگوں کی دھاریاں کبھی کبھار پریشان کر سکتی ہیں۔ مثلاً علیحدہ علیحدہ ٹیسٹ ظاہر کرنے والی دھاریاں پڑھنے کا وقت آگے پیچھے ہو جائے تو اس سے غلط نتائج ملتے ہیں۔ جنرل ریجنٹ سٹریپ پیشاب میں ڈبوئی جاتی ہے اور پھر اضافی نمی کو کم کرنے کے لئے برتن کے کناروں کے ساتھ لگا کر نکال لی جاتی ہے۔ سٹریپ کو افقی رکھا جاتا ہے تاکہ ایک بینڈ کے کیمیکل دوسرے بینڈ کے ساتھ نہ لگ جائیں اور مخصوص وقت کے بعد رنگوں کی تبدیلیاں نوٹ کی جاتی ہیں۔ یعنی مختلف دھاریاں (Band) مختلف اوقات میں پڑھی جاتی ہیں۔ بنانے والوں کی ہدایات پر عمل نہ کرنے اور ریجنٹ سٹریپ کو حسب ہدایت نہ رکھنے پر ریڈنگ غلط ہو سکتی ہے۔ ریجنٹ سٹریپ کے نتائج بنانے والے حصے پر ہاتھ نہیں رکھنا چاہئے اور پیشاب اکٹھا کرنے والا برتن جراثیم کش دوا اور

دھلائی کرنے والی اشیاء سے پاک ہونا چاہئے۔

(i) پی-ایچ (PH):

یہ معمول کے مطابق PH بتانے والے پیپر کے ذریعے پیشاب کا رد عمل دیکھا جاتا ہے یا کمرشل ریجنٹ سٹرپ کے ذریعے بھی دیکھا جاسکتا ہے۔ یہ ٹیسٹ کبھی کبھار ہی اہم ہوتا ہے۔ ماسوائے PH کو تبدیل کرنے کے لئے بفرض علاج ادویات استعمال کی جا رہی ہوں۔ نارمل پیشاب ہر وقت تیزابی ہوتا ہے یہ بہت کم معتدل یا اساسی ہوتا ہے جب مریض خوراک میں الکلیز (Alkalies) لے رہا ہو تو پھر پیشاب معتدل (Neutral) یا اساسی (Basic) ہو سکتا ہے۔ یہ ٹیوبولز (Tubules) کی تیزابی اثرات کو ختم کرنے کی صلاحیت کی خرابی کو بھی ظاہر کرتا ہے اس کی تصدیق مریض کو امونیم کلورائیڈ (NH₄Cl) دینے کے بعد پیشاب کے PH کی بالکل صحیح پیمائش سے ہو سکتی ہے۔

(ii) پروٹین (Protein):

پروٹین کے روایتی ٹیسٹ کرنے سے پہلے ضروری ہے کہ پیشاب بالکل صاف ہو۔ اس لئے اسے فلٹر (Filter) کرنا بہت ضروری ہوتا ہے۔ اگر پیشاب ایک بار سے زیادہ فلٹر کرنے کے بعد بھی گدلا رہتا ہے تو یہ بیکٹریا کی موجودگی کو ظاہر کرتا ہے۔ اس صورت میں پروٹین کو کمرشل سٹرپ پر کرنا چاہئے۔ اگر گدلا پن (Turbidity) یوریش (Urates) کی وجہ سے ہوگا تو یہ گرم کرنے سے غائب ہو جائیں گے اور اگر فاسفیٹ کی وجہ سے گدلا پن ہے تو تیزاب ڈالنے سے فاسفیٹ غائب ہو جائیں گے اور پیشاب صاف ہو جائے گا۔

(iii) پروٹین ٹیسٹ کرنے کا طریقہ کار:

کمرشل ریجنٹ سٹرپس پر جو بینڈ پروٹین (Band Protein) ٹیسٹ کرنے کے لئے ہوتا ہے۔ وہ ٹیٹرا بروموفینول بلیو (Tetra Bromophenol Blue) میں بھگوایا ہوتا ہے جو کہ پہلے سے ہرے رنگ تک مختلف رنگوں میں پیشاب میں پروٹین کی زیادتی کے حساب سے تبدیل ہوتا ہے۔ سٹرپ پر رنگ ظاہر کرنے والی جگہ پیشاب میں معمولی ڈبونے کے بعد مینوفیکچر کے دیئے گئے چارٹ میں رنگوں سے ملایا جاتا ہے۔ رنگ میں تبدیلی فوراً آ جاتی ہے لیکن ریڈنگ لینے کے لئے خاص وقت مل جاتا ہے۔ یہ ٹیسٹ البیومن (Albumin) کے لئے زیادہ حساس ہے اور نارمل پیشاب میں البیومن کی مقدار 150 ملی گرام فی لیٹر ہوتی ہے۔ لیکن سٹرپ صرف ٹریس (Trace) یا معمولی ظاہر کرتی ہے۔ ٹیوب لائٹ کی روشنی رنگ تبدیل ہونے میں مشکلات پیدا کرتی ہے۔

ٹیسٹ بہت حساس (Sensitive) ہے اور کافی حد تک ٹھیک رزلٹ دیتا ہے اور بہت سادہ اور آسان بھی ہے۔ اس لئے زیادہ استعمال بھی ہوتا ہے۔ گلوبولنز (Globulins) جو کہ پروٹین کی ایک قسم ہوتی ہے اس کے لئے یہ ٹیسٹ زیادہ حساس نہیں ہے۔ جتنا کہ البیومن کے لئے ہے اور اگر پیشاب میں بینز جاز پروٹینز (Bence Jones Proteins) ہو تو یہ ٹیسٹ ان کے لئے بھی زیادہ حساس نہیں ہے۔ دھلائی کے پاؤڈر یعنی ڈٹرجنٹ (Detergents) یا فینوتھایازین (Phenothiazine) کی وجہ سے اگر پیشاب اساسی ہو جائے تو بھی نتائج غلط ہو سکتے ہیں۔

(iii-a) ابال کر ٹیسٹ کرنا (Boiling Test):

بوائنگ ٹیسٹ (Boiling Test) پروٹین دیکھنے کے لئے ایک قابل اعتماد ٹیسٹ ہے۔ مگر تھوڑا سا دشوار ہے لیکن اسے عام کلینک پر بھی کیا جاسکتا ہے۔ ٹیسٹ ٹیوب کے دو تہائی حصہ میں پیشاب بھر لیں اگر وہ گدلا ہے تو اسے فلٹر کر لیں اگر پیشاب اساسی ہو تو انڈیکیٹر (Indicator) ڈالنے سے پتہ چل جاتا ہے۔ ایسی صورت میں 10 فیصد لیسٹیک ایسڈ (10%) Acetic Acid قطرہ قطرہ کر کے ڈالتے جائیں اور ہر قطرے کے بعد ہلاتے جائیں حتیٰ کہ پیشاب کی PH پانچ ہو جائے۔ ٹیسٹ ٹیوب کو ڈھلان کی صورت میں رکھیں اور اوپر سے دوسینی میٹر تک کو گرم کریں اور کسی ڈارک جگہ کی طرف رکھ کر معائنہ کریں۔ دھندلا پن (بادل کی طرح) پروٹین یا فاسفیٹ کو ظاہر کرتا ہے جو کہ ابالنے کی وجہ سے کاربن ڈائی آکسائیڈ نکل جانے اور پیشاب اساسی ہو جانے سے پھٹیوں (Precipitate) کی شکل میں اکٹھی ہو گئی ہے اور اگر تیزاب شامل کرنے سے پھٹیاں غائب ہو جائیں تو یہ فاسفیٹ کی وجہ یہ ہیں۔ اور اگر قائم رہیں تو پروٹین کی وجہ سے ہیں اگر بادل پن ہلکے سے ذرا زیادہ ہے تو مکمل پیشاب بوائل کریں اور ایسڈ بھی شامل کرتے جائیں حتیٰ کہ پروٹین اکٹھی ہونا بند ہو جائے تو اسے بیٹھنے کے لئے کچھ وقت دیں۔ مقدار کو اندازے سے بیان کریں اور یہ وقت ایک گھنٹہ تک بھی ہو سکتا ہے۔ عام مقاصد کے لئے دھندلا پن بادل بن جانا پھٹیاں بن جانا ہی کافی ہوتا ہے اور تلچھٹ (Deposits) جو اکٹھے ہوتے ہیں وہ پیشاب کی مقدار کا جتنا حصہ ہوتے ہیں انہی سے ان کی مقدار کا اندازہ لگایا جاتا ہے۔ اگر پھٹیوں کی مقدار پر پیشاب کی مقدار کا نصف حصہ ہو تو اس کا مطلب ہے کہ پروٹین 10 ملی گرام فی لیٹر ہو گی۔ ٹالپیو ٹامائیڈ (Tolbutamide) اور ریڈیو گرافک کنٹراسٹ (Radiographic Contrast) میڈیم کی موجودگی میں یہ ٹیسٹ غلط نتائج بھی دے سکتا ہے۔ اگر ملٹی سٹکس (Multistix) سے پروٹین کا پتہ نہیں چل سکا اور دوسرے ٹیسٹ پر پروٹین کا پتہ چل گیا ہے تو اس صورت میں بینز جاز پروٹینز (Bence Jones Proteins) کا چانس بہت زیادہ بڑھ

جاتا ہے۔ ایسی صورت میں پیشاب کو 45°C تک گرم کریں اور پھٹیاں بن جائیں اور جب بہت زیادہ بواہل کیا جائے تو غائب ہو جائیں۔ اس کے بعد اسے ٹھنڈا ہونے کے لئے رکھ دیں۔ اگر پھٹیاں دوبارہ آجائیں تو اس کا مطلب ہے کہ پیشاب میں بینز جاز پر وٹینز آرہی ہیں۔ ویسے بینز جاز پر وٹینز چیک کرنے کے لئے علیحدہ لیبارٹری ٹیسٹ بھی کئے جاتے ہیں۔ جو زیادہ قابل اعتماد ہیں۔

(iii-b) ایسیٹک ایسڈ ٹیسٹ:

پروٹین دیکھنے کے لئے تازہ پیشاب لیں اور اگر وہ صاف نہیں ہے تو اسے سینٹری فیوج کر لیں یا پھر فلٹر کر لیں۔

ٹیسٹ ٹیوب کے تین چوتھائی حصے میں پیشاب ڈال دیں اور اس کا اوپر والا حصہ گرم کریں اور اسے دو منٹ تک گرم ہونے دیں۔ اگر پیشاب میں گدلا پن آجائے تو یہ تین چیزوں کی وجہ سے ہوتا ہے۔

(i) فاسفیٹ

(ii) کاربونیٹ

(iii) پروٹین

اب اس پیشاب میں 10% ایسیٹک ایسڈ کا سلوشن 3 تا 5 قطرے ڈال دیں۔ اگر پیشاب کا گدلا پن ختم ہو جائے تو پھر یہ فاسفیٹ یا کاربونیٹ کی وجہ سے ہے۔ جو کہ بعض اوقات نارمل پیشاب میں موجود ہو سکتے ہیں۔ اگر ایسیٹک ایسڈ ڈالنے کے بعد بھی پیشاب میں گدلا پن رہے تو یہ پروٹین کی وجہ سے ہوتا ہے۔ ٹال بیوٹامائیڈ (Tolbutamide) یا ایکسیرے کنٹراسٹ میڈیم استعمال کرنے سے نتائج غلط آسکتے ہیں۔ اب گدلے پن کی بنیاد پر درج ذیل نتائج اخذ کئے جاتے ہیں۔

نتیجہ	گدلے پن کی شدت	
-------	----------------	--

- 1- کوئی بادل نہ بننا -
 - 2- بادل مشکل سے نظر آئیں +
 - 3- واضح بادل لیکن پھٹی نمایاؤن کی طرح اکٹھا نہ ہوتا +
 - 4- پھٹی نما بادل لیکن اون کی طرح جمع نہ ہوتا بادل گہرے لیکن ++
- بالکل سفیدی نہ ہونا تقریباً 0.1%

- 5- گہرے سفید بادل واضح اجتماع تقریباً 0.2 سے 0.3% پروٹین + + +
 6- بہت موٹی پھٹیاں تقریباً ٹھوس 0.5% یا زیادہ پروٹین + + + +

(iii-c) ایس بیچ کا البینومیٹر (Esbach's Albinometer):

پیشاب میں پروٹین کی مقدار ماننے کے لئے ایس بیچ کا البینومیٹر بھی استعمال کیا جاتا ہے۔ مگر یہ اتنا قابل استعمال ٹیسٹ نہیں ہے۔ یہ ایک سادہ اور سہل ٹیسٹ ہے۔ اس میں دو تیزاب یعنی پیکریک ایسڈ (Picric Acid) اور سٹرک ایسڈ (Citric Acid) پیشاب میں ڈالے جاتے ہیں۔ اس ٹیسٹ میں نتائج کا صرف اندازہ ہی کیا جاتا ہے۔ یہ طریقہ کار ایک مخصوص مریض کی یکے بعد دیگرے پروٹین کی مقدار دیکھنے کے لئے استعمال ہوتا ہے۔ یہ آلہ ایک موٹی پیمانہ بنی ہوئی گلاس ٹیوب پر مشتمل ہوتا ہے۔ ایس بیچ ریجنٹ 10 گرام پیکریک ایسڈ اور 20 گرام سٹرک ایسڈ 900 ملی لیٹر ابلتے ہوئے پانی میں ملا کر بنائیں اور ٹھنڈا ہونے دیں۔ اور پھر ایک لیٹر یا 1000 ملی لیٹر تک پانی ملا کر لے جائیں۔ پیشاب اگر صاف نہ ہو تو فلٹر کر لیں اگر پیشاب اساسی (Alkaline) ہو تو اس میں تھوڑا سا ایسک ایسڈ (Acetic Acid) ملا دیں تاکہ وہ تیزابی (Acidic) ہو جائے۔ اگر پیشاب کا وزن مخصوص 1.010 یا اس سے زیادہ ہو تو اسے پانی ملا کر کم کر کے 1.008 تک لانا چاہئے اور ہلکا کرنے والے جز کی مقدار نوٹ کر لیں تاکہ بعد میں مانی ہوئی پروٹین کی مقدار کی تصحیح ہو سکے۔ ٹیسٹ ٹیوب کو لگے ہوئے نشان "R" تک ڈالیں ٹیوب کو لگے ہوئے ڈھکن سے بند کر دیں اور ٹیوب کو آبستنی سے 12 دفعہ الٹا سیدھا کریں اور اسے 24 گھنٹے تک پڑا رہنے دیں اور پھر اوپر کی طرف سے جمی ہوئی سطح کو دیا ہوا اسکیل پڑھ لیں دیے ہوئے نشانات پروٹین کی مقدار گرام فی لیٹر کو ظاہر کرتے ہیں۔ اگر پروٹین کی مقدار 4 گرام فی لیٹر سے زیادہ ہو جائے تو پیشاب کو پتلا (Dilute) کرنے کے بعد ٹیسٹ دوبارہ لینے سے زیادہ صحیح نتائج لئے جاسکتے ہیں۔ پھر بھی پروٹین کی مقدار اگر ایک گرام فی لیٹر سے کم ہو تو یہ صحیح طور پر مانی نہیں جاسکتی۔

پیشاب میں پروٹین کی اہمیت (Significance of Proteinuria):

عام حالات میں 24 گھنٹے میں 150 ملی گرام پروٹین پیشاب میں خارج ہوتی ہے اور بنا کسی احتیاط کے بلا سوچے سمجھے (Random) لئے گئے نمونے میں 20 ملی گرام فی لیٹر ہوتی ہے۔ یہ کمرشل ریجنٹ سٹریپ سے چیک کرنے پر شاذ و نادر ہی ٹریس سے زیادہ کاری ایکشن ظاہر کرتی ہے۔ یہ ٹیسٹ پروٹین کی پیشاب میں مقدار تو مانتا ہے مگر جسم سے پروٹین جس رفتار سے خارج ہو رہی ہے اسے نہیں مانتی پیشاب میں جو پروٹین آتی ہے اس کا تیسرا حصہ البیومن

(Albumin) ہوتا ہے جو کہ پلازما البیومن سے آتی ہے اور ظاہراً گلو میرولس (Glomerulus) سے نکل جاتی ہے۔ جب کہ دو حصے گلابولن (Globulin) ہوتی ہے۔ اس میں سے کچھ پلازما گلابولن (Plasma Globulin) سے حاصل ہوتی ہے جب کہ کچھ پیشاب اکٹھا کرنے والی نالیوں سے اکٹھا ہوتی ہیں اور بقایا پیشاب کے نچلے حصوں سے مثلاً پراسٹینک یوریتھرا (Prostatic Urethra) اور سیمن (Semen) کی رطوبات سے بنتی ہیں۔

ٹام ہورس فال (Tamm Hors Fall) پروٹین جو کہ زیادہ مالیکیولرویت (Molecular Weight) رکھتی ہے۔ چھوٹی پیشاب اکٹھا کرنے والی ٹیوبوں میں بنتی ہے جو کہ کاسٹ کا پروٹین سے بنا ہوا بڑا نان سیلولر (Non Cellular) یعنی سیل یا خلیے سے غیر متعلقہ حصہ ہوتی ہے۔

صحت مند لوگوں میں بھی بخارا اور ورزش کے دوران پروٹین کا نکاس بڑھ جاتا ہے۔ آرتھوسٹینک پروٹین یوریا (Orthostatic Proteinuria) یعنی سیدھے کھڑے رہنے کی وجہ سے پیشاب میں پروٹین کے آنے سے پتہ چلتا ہے جو کہ صرف دن کے وقت اکٹھے کئے گئے پیشاب میں پروٹین کے آنے سے پتہ چلتا ہے۔ اس میں صبح کا پیشاب شامل نہیں کرنا چاہئے۔ اس میں یہ کسی اہمیت کا حامل نہیں ہوتا۔ بلکہ یہ یقین دہانی کرادے گا کہ گردے متاثر ہیں یا نہیں۔ پیشاب میں پروٹین کا مستقلاً آنا گردوں کی بیماری کی نشاندہی کرتا ہے۔

مثلاً نیفرائٹس (Nephritis) مگر اس کی مقدار بیماری کی شدت کو ظاہر نہیں کرتی۔ پیشاب میں پروٹین گردوں کے علاوہ بھی کئی بیماریوں میں آ سکتی ہے۔ مثلاً کنجیسٹو ہارٹ فیلچور (Congestive Heart Failure) اور گردوں سے آگے پیشاب کے راستوں کی بیماری میں ہلکی پروٹین آتی ہے۔

4- خون اور اس سے ماخوذ اجزاء (Blood and its Derivatives):

پیشاب میں خون آئے تو اسے ہیماچوریا (Hematuria) کہتے ہیں۔ یا اگر پیشاب میں ہیموگلوبن (Hemoglobin) آئے تو اسے ہیموگلوبن یوریا (Hemoglobinuria) کہتے ہیں۔ دونوں صورتیں ہیموگلوبن کے کیمیائی ٹیسٹوں میں مثبت نتائج دے گی۔ پیشاب کا بذریعہ مائیکروسکوپ معائنہ کر کے خون کے سرخ خلیوں کی موجودگی کا پتہ چلا کر ان میں فرق کو پہچانا جاسکتا ہے۔ بہت کم مقدار میں سرخ سیلز (Red Blood Cells) گردوں کے شدید درد یا رینل کالک (Renal Colic) کے کئی دنوں بعد تک بھی دیکھے جاسکتے ہیں اور بیکٹیریل اینڈوکارڈائی ٹس (Bacterial Endocarditis) میں پیشاب کے رنگ میں کوئی تبدیلی نہیں آتی۔ زیادہ مقدار میں مخصوص دھندلا پن جسے سموکی (Smoky) کہتے ہیں اور بہت زیادہ مقدار براؤن یا سرخ رنگ

دے گا۔ اسی طرح سیلز (Cells) اٹھنے والے سے بعد رنگ اور ٹیکسٹ بناتے ہیں۔

خون کی موجودگی کا ٹیسٹ:

ریجنٹ سٹریپس مثلاً مانی ٹیسٹس (Multistix) انہیں طرح سے ہونے والے کمرینڈی ٹیون نے لے جانے والے پیشاب میں ایک لمحہ کے لئے ڈبوئی جاتی ہے اور 25 سیکنڈ کے بعد ٹریپ کا ٹیسٹ دکھانے والا حصہ دیکھا جاتا ہے اور رنگ کی تبدیلی یعنی کریم سے ہوا اور نیلا رنگ مایوگلوبن اور مایوگلوبن کی موجودگی کو ظاہر کرتے ہیں۔ داغوں کی شکل میں رنگ میں تبدیلی خون کی موجودگی کو ظاہر کرتی ہے۔ ٹیسٹ کا انحصار آرتھرٹھو لویو ڈین کی توڑ پھوڑ کے نتیجے میں ہوتا ہے۔ اس لئے انفیکشن (Infected) پیشاب جو کہ پر آکسائیڈ پر مشتمل ہوتا ہے جو کہ پرائی فیریٹنگ بیکٹیریا (Proliferating Bacteria) کے بڑھنے کی وجہ سے پیدا ہوتا ہے۔ یا کسی دوسرے آکسی ڈینٹ (Oxidant) کی موجودگی میں غلط مثبت نتائج دے سکتا ہے اور ری ڈیوسنگ ایجنٹ (Reducing Agent) جیسا کہ ایرکاربک ایسڈ (Ascorbic Acid) استعمال کرنے والے مریضوں میں ہو سکتا ہے کی موجودگی میں غلط منفی نتیجہ دے سکتا ہے۔

خون اور اس کے مادوں کی پیشاب میں اخراج کی اہمیت:

پیشاب میں خون کی موجودگی کی سب سے عام وجہ ماہواری کے سائیکل (Cycle) کی وجہ سے پیشاب کا خون آلود ہو جانا ہو سکتا ہے اور گردوں یورینٹر (پیشاب مٹانے تک لانے والی نالیاں) 'مثانہ یوریتھرا' (مثانے سے آگے باہر تک پیشاب نکالنے کا راستہ) کی بیماریوں کی وجہ سے بھی آ سکتا ہے اور صحت مند لوگوں میں ورزش کے بعد بھی پیشاب میں خون آ سکتا ہے۔ پیشاب کے معائنہ میں خون کے نکلنے کی جگہ کا تعین نہیں کیا جاسکتا، تاوقت کہ سرخ خلیے یا سیلز مل کر کاسٹ (Casts) نہ بنائیں جو کہ یہ بتاتا ہے کہ گردوں میں پیشاب اکٹھا کرنے والی چھوٹی ٹیوبوں میں بلیڈنگ (Bleeding) ہو رہی ہے۔ ہیموگلوبن یوریا سخت محنت کے کام کرنے کے بعد صحت مند لوگوں میں بھی ہو سکتا ہے۔ لیکن بیماری کی صورت میں خون کی نالیوں میں خون میں توڑ پھوڑ کے نتیجے میں بھی ہو سکتا ہے جو کہ ناموافق خون لگ جانے کی صورت میں بھی ہو سکتا ہے یا پیشاب میں جب پیشاب ہلکا ہو (Dilute) تو خون کے سرخ ذرات یا سیلز (Cells) تباہ ہوتے ہیں۔

مایوگلوبن یوریا (Myoglobinuria):

پیشاب میں مایوگلوبن آنے کو مایوگلوبن یوریا کہتے ہیں۔ یہ بھی سخت ورزش اور پٹھوں کو نقصان پہنچنے کے بعد بھی ہو سکتا ہے۔ جیسا کہ کرشن انجری (Crush Injury) میں یا مٹیا بالک

مابوٹمی (Metabolic Myopathy) میں ہوسکتا ہے۔ جس پیشاب میں تیزوکلون یا خون آ رہا ہے اس میں کچھ پروٹین بھی آنی چاہئے۔ لیکن اکثر یہ کہنا مشکل ہوتا ہے کہ تمام پروٹین کی مقدار کا اندازہ لگانے کے لئے خون ہی کافی ہے یا پروٹین یوریا (Proteinuria) کی انسانی اہمیت ہے۔ اگر نارمل پیشاب میں انسانی خون کی اتنی مقدار ملائی جائے کہ یہ مقدار واضح دھندلا پن دے تو پروٹین کی مقدار محض ٹریس (Trace) ہوگی اور اتنی زیادہ مقدار ملائی جائے کہ اس کا رنگ واضح سرخ ہو جائے تو پروٹین کی مقدار 0.5 ملی گرام فی لیٹر ہوگی۔

5۔ شوگر:

پیشاب میں بہت سی ریڈیوسنگ شوگر (Reducing Sugar) پائی جاتی ہیں۔ جہاں تک گلوکوز کا تعلق ہے یہ سب سے زیادہ اہم گنی جاتی ہے۔ نارمل لوگوں میں اتنی قلیل مقدار میں موجود ہوتی ہے کہ رائج الوقت طریقوں سے پتہ نہیں چلایا جاسکتا لیکن اگر اس کا پتہ چل جائے تو یہ بیماری کی نشاندہی کرتی ہے۔ گلائی کوز یوریا (Glycosuria) خون میں شوگر کی مقدار بڑھ جانے کے بعد ہوتا ہے۔ جیسا کہ ذیابیطس شکر (Diabetes Mellitus) میں ہوتا ہے یا پیشاب اکٹھا کرنے والی چھوٹی نالیوں میں دوبارہ جذب ہونے والا نظام خراب ہونے سے ہوسکتا ہے۔ اسے رینل گلائی کوز یوریا (Renal Glycosuria) کہتے ہیں۔ اگر گلائی کوز یوریا کے ساتھ ذیابیطس شکر کی علامات بغیر کسی شک کے پائی جائیں تو تشخیص میں کوئی شک نہیں رہ جاتا اگر کوئی علامات موجود نہیں تو خون میں گلوکوز کارینڈم (Random) معائنہ تشخیص کو کنفرم کرسکتا ہے۔ پھر بھی باقاعدہ گلوکوز کی برداشت کے ٹیسٹ (Glucose Tolerance Test) کی ضرورت ہوتی ہے۔ دوسری ریڈیوسنگ شوگرز (Reducing Sugars) جو کہ پیشاب میں مل سکتی ہیں۔ ان میں لیکٹوز (Lactose) 'فرکٹوز' (Fructose) 'پینٹوز' (Pentose) 'گلیکٹوز' (Galactose) شامل ہیں۔ لیکٹوز یوریا (Lactosuria) حمل کے آخری دنوں میں اور بچے کو دودھ پلانے کے دوران ہوسکتا ہے۔ پینٹوز یوریا (Pentosuria) کی طرح گلیکٹوز یوریا (Galactosuria) اور فرکٹوز یوریا (Fructosuria) کبھی کبھار میابولزم کے نظام میں پائے جانے والے پیدائشی نقص کی وجہ سے ہوتا ہے۔ لیکن آلو بخارا، چیری اور انگور کھانے سے ہوسکتا ہے۔ یہ واضح رہے کہ سکروز (Sucrose) بھی ایک شوگر ہے لیکن ریڈیوسڈ (Reduced) نہیں ہے۔ روشن خیالی نہ رکھنے والے ایگزامنروں کو اس بات نے پریشان کر رکھا ہے کہ پیشاب میں مصنوعی بھارا پن پیدا کرنے والی یہ چیز کلینیکل ٹیسٹ میں مثبت نتائج نہیں دیتی۔

ریڈیوسنگ اشیاء (Reducing Substances) جو کہ شوگر نہیں ہوتیں کبھی کبھار پیشاب

میں پائی جاسکتی ہیں۔ لہذا ہومو جینک ایسڈ (جو کہ الکچون یوریا Alkaptoneuria میں ہوتا ہے اور بہت کم ہونے والا مٹابولزم کا نقص ہے۔) اور اسکاربک ایسڈ (Ascorbic Acid) سے ماہی کے دوران اور سیفیلوسپورن (Cephalosporin) اور نیلی ڈسک ایسڈ (Nalidixic Acid) یا اسپرین (Aspirin) کا استعمال بھی پیشاب میں رڈیوسنگ شوگر (Reducing Sugar) کا ٹیسٹ مثبت آسکتا ہے۔ اس طرح کلینی ٹیسٹ اس بات کی یقین دہانی کے لئے استعمال کیا جاتا ہے کہ فارمیڈی ہائیڈ (Formaldehyde) جو کہ مثبت نتائج دے سکتی ہے اور جو کہ گردوں کو استعمال سے پہلے ان کو سٹرائز کرنے کے لئے استعمال کی جاتی ہے۔

(5-a) رڈیوسنگ اشیاء کے لئے ٹیسٹ:

رڈیوسنگ اشیاء کی (گلوکوز یا دوسری اشیاء) پیشاب میں موجودگی بنی ڈکٹ یا کلینی ٹیسٹ گولیاں استعمال کر کے پتہ چلایا جاسکتا ہے۔

بنی ڈکٹ ٹیسٹ:

5 ملی لٹر بنی ڈکٹ ریجنٹ میں 8 قطرے پیشاب کے ڈالیں اور دو منٹ تک ابالیں اور پھر ٹھنڈا ہونے دیں۔ اگر رڈیوسنگ اشیاء موجود ہوں گی تو پھٹیاں (Precipitate) بن جائیں گی۔ جو کہ ہلکے سبز دھندلے پن سے لے کر سرخ پھٹیوں تک جاتا ہے۔ اگر ری ڈکشن (Reduction) گلوکوز کی وجہ سے ہے تو ٹیسٹ اندازاً مقداری نتائج دیتا ہے۔

شوگر کی مقدار	رنگ
0.1 سے 0.5 g/dl شوگر	ہلکا سبز دھندلا پن
0.5 سے 1.0 g/dl شوگر	سبز پھٹیاں
1.0 سے 2.0 g/dl شوگر	پیلی پھٹیاں
2.0 g/dl سے زیادہ شوگر	سرخ پھٹیاں

(یا)

ہلکے ٹریس	+ یا -	نیلے سے ہلکا سبز دھندلا پن
(0.5 سے کم گلوکوز)	+	پیلیا ہٹ مائل سبز
(0.5 سے 1% گلوکوز)	++	سبزی مائل پیلیا
(1 سے 2% گلوکوز)	+++	پیلیا
(2% سے زیادہ گلوکوز)	++++	اورنج سے سرخ

(5-b) کلینی ٹیسٹ:

یہ بنی ڈکٹ ٹیسٹ میں جدید اور آسان تبدیلی ہے۔ اس میں عناصر گولی میں موجود ہوتے ہیں اور انہیں ضروری حرارت سوڈیم ہائیڈروآکسائیڈ (NaOH) اور شرک ایسڈ کے باہمی ملاپ سے پہنچائی جاتی ہے۔ ڈراپر سے پیشاب کے 5 قطرے ٹیسٹ ٹیوب میں ڈالیں اور پھر ڈراپر کو پانی میں کنگھال کر 10 قطرے پانی کے شامل کریں اور پھر کلینی ٹیسٹ کی ایک گولی ٹیسٹ ٹیوب میں ڈالیں اور ہونے والے ری ایکشن (Reaction) کا معائنہ کریں اس میں بلبلے نکلنے شروع ہوں گے اور ساتھ ہی ابال آئے گا اور پندرہ سیکنڈ بعد یہ عمل رک جائے گا۔ پھر ٹیسٹ ٹیوب کو ہلا کر اس میں موجود محلول کا دی گئی سکیل سے موازنہ کریں اگر محلول نیلے رنگ کا ہے تو نتیجہ صفر ہے۔ جب ریڈیوسنگ شوگر موجود ہوگی تو محلول میں موجود کارپرسلیٹ کیو پرس آکسائیڈ میں تبدیل ہو جائے گا جو کہ رنگ میں درجہ بدرجہ تبدیلی لائے گا۔ سبز (0.5%) سے اورنج (2%) اگر بلبلے نکلنے کے عمل کے دوران اورنج رنگ کی جھلک عارضی طور پر نظر آئے تو اس کا مطلب ہے کہ پیشاب میں کم از کم 2 گرام فی ڈیسی لٹر (2gm/dl) ریڈیوسنگ شوگر موجود ہے۔ قطع نظر اس کے کہ پیشاب مکمل گرم اور ٹھنڈا ہونے کے بعد کیا رنگ دیتا ہے۔

(5-c) ریجنٹ سٹریپ:

اس ٹیسٹ میں ملٹی سٹکس (Multistix) یا ڈایا سٹکس (Diastix) بہتر گنی جاتی ہیں۔ لیکن مقدار کے تعین کے لئے کلینی ٹیسٹ کی نسبت آسان نہیں ہیں۔ ریجنٹ سٹریپ کو پیشاب میں ڈبو کر نکال لیا جاتا ہے اور کئی سیکنڈ بعد ٹیسٹ بتانے والی جگہ کا موازنہ دیے گئے رنگ دار پیمائشی چارٹ سے کر لیا جاتا ہے۔ براؤن یا نیلے سے سبز رنگ گلوکوز کی موجودگی اور مقدار کی نشاندہی کرتا ہے۔ یہ ٹیسٹ کسی حد تک صحیح نتائج دے سکتا ہے۔ یہ ٹیسٹ گلوکوز کی آکسی ڈیویشن (Oxidation) یا ہیکو وکائی نیز اینزائم (Hexokinase Enzyme) کے ری ایکشن پر مبنی ہوتا ہے۔ مینوفیکچر کی ہدایت کو زیادہ غور سے پڑھنا چاہئے کیونکہ جس وقت پر رنگ تبدیل ہوتا ہے اسے ذہن نشین رکھنا ضروری ہوتا ہے رنگ کی تبدیلی کا انحصار استعمال کی جانے والی سٹریپ پر ہوتا ہے۔ یہ ٹیسٹ بہت حساس ہے۔ تاوقت کہ ایسکاربک ایسڈ کے علاج کی وجہ سے پیشاب میں بہت زیادہ اخراج اس پر اثر انداز نہ ہو اگر مریض ٹیٹراسائیکلین (Tetracycline) استعمال کر رہا ہو تو پھر بھی نتائج پر اثر پڑ جاتا ہے اور اگر مریض آکسی ڈائزنگ ریجنٹ استعمال کر رہا ہو تو بھی نتیجہ منفی کی بجائے مثبت آ سکتا ہے۔ مثلاً مختلف اینٹی سیکس (Antiseptics) اور دھلائی والی اشیاء اور رنگ کاٹ وغیرہ۔

(5-d) کیٹونز (Ketones):

ایسٹوایسٹک ایسڈ (Aceto Acetic Acid) اور ایسی ٹون (Acetone) اور ہائیڈروکسی بیوٹائرک ایسڈ (Beta Hydroxy Butyric Acid) شدید ذیابیطس شکاری والے مریض کے پیشاب میں یا شدید الیوں کے بعد اور فاقے زدگی کے بعد بھی آسکتی ہیں۔ اس کا پتہ روٹھرا (Rothera) کے نائٹروپروسائیڈ ٹیسٹ (Nitroprusside Test) یا اس کی ایک جدید شکل کیٹوسٹیکس (Ketostix) یا ایس ٹیسٹ (Ace Test) کے استعمال سے پتہ چلایا جاسکتا ہے۔ یہ تمام ٹیسٹ بہت حساس ہیں۔ شدید قسم کے کیٹون یوریا (Ketonuria) کا ٹیسٹ فیرک کلورائیڈ گرہارٹس ٹیسٹ (Gerhardt Test) کے استعمال سے کیا جاسکتا ہے۔

(5-d-i) روٹھرا ٹیسٹ (Rothra Test):

پیشاب تازہ اور ابلا ہوا نہیں ہونا چاہئے کیونکہ ایسی ٹون (Acetone) آسانی سے تحلیل ہو جاتی ہے۔ 10 ملی لٹر پیشاب میں امونیم سلفیٹ کی قلمیں (Crystals) ڈال کر اس کا سیر شدہ محلول بنالیں۔ پھر اس میں سوڈیم نائٹروپروسائیڈ کے تیز اور تازہ تیار کئے ہوئے محلول کے تین قطرے ڈالیں پھر اس میں 2ml تیز امونیا سلوشن ڈالیں تو گہرا عنابی رنگ بن جائے گا۔ یہ رنگ ایسٹوایسٹک ایسڈ (Aceto Acetic Acid) اور ایسی ٹون دونوں کی وجہ سے بنتا ہے۔ اس کے علاوہ تازہ پیشاب میں موجود کسی بھی چیز سے نہیں بنتا۔ اگر روٹھرا ٹیسٹ کا نتیجہ منفی ہے تو اس کا مطلب ہے کہ پیشاب میں کیٹونز منفی ہیں یعنی نہیں ہیں۔

(5-d-ii) ایس ٹیسٹ (Ace Test):

یہ روٹھرا ٹیسٹ کی جدید شکل گولی کی صورت میں دستیاب ہے۔ صاف اور سفید جگہ پر گولی رکھ کر اس پر ایک قطرہ پیشاب کا دالیں۔ تیس سیکنڈ بعد اودا (سرخ اور نیلا ملا جلا رنگ) رنگ بن جائیں گا۔ یہ ایسی ٹون یا ایسٹوایسٹک ایسڈ کی موجودگی ظاہر کرتی ہے اور مقدار کا تعین بنانے والوں کے ساتھ دے گئے رنگوں کے مقداری چارٹ سے کیا جاسکتا ہے۔

(5-d-iii) ریجنٹ سٹریپ (Regent Strip):

ریجنٹ سٹریپ ایک لمحے کے لئے پیشاب میں بھگوئی جاتی ہے اور ہلکا ارغوانی یعنی سرخ اور نیلا ملا جلا (Purple) رنگ 15 سیکنڈ بعد مثبت نتیجہ دے دیتا ہے۔ یہ ٹیسٹ صحیح مقداری تعین نہیں دے سکتا۔ فینائل کیٹونز (Phenyl Ketones) یا لیوڈوپا (Levodopa) کے میابولائٹ کے ذیلی

اثرات کی وجہ سے نتیجہ غلط ہو سکتا ہے۔

(5-d-iv) گرہارٹس ٹیسٹ (Gerhardt's Test):

10% فیرک کلورائیڈ کا سلوشن ٹیوب میں موجود 5 ملی لٹر پیشاب میں قطرہ قطرہ کر کے ملائیں۔ عموماً فیرک فاسفیٹ کی پھٹیاں بن جاتی ہیں۔ لیکن مزید فیرک کلورائیڈ ملانے سے پھٹیاں غائب ہو جاتی ہیں۔ سلوشن میں اگر ایسٹوائسٹک ایسڈ پایا جائے تو اس کا رنگ سرخی مائل براؤن ہو جاتا ہے۔ اسپرین سیلی سالیٹس (Salicylates) فینوٹھائیازین، فینول اور چند دوسری ادویات کے ساتھ بھی فیرک کلورائیڈ اس طرح کا رنگ دے گا۔ فیرک کلورائیڈ ملانے سے پہلے 5 منٹ تک ابالنے سے ریسٹوائسٹک ایسڈ تباہ ہو جاتا ہے۔ دوسری اشیاء بھی فیرک کلورائیڈ کے ساتھ مل کر یہی عمل کرتی ہیں لیکن وہ نتائج پر موثر نہیں ہوتیں۔ اگر ابلا ہوا پیشاب فیرک کلورائیڈ کے ساتھ مل کر مثبت نتیجہ دے تو اس کا مطلب ہے کہ یہ ایسٹوائسٹک ایسڈ کی وجہ سے نہیں ہے۔ فیرک کلورائیڈ ڈال کر ابالنے کے بعد رنگ ختم ہو جاتا ہے۔ چاہے یہ ایسٹوائسٹک ایسڈ یا دوسرے عناصر کی وجہ سے ہو مثبت فیرک کلورائیڈ ری ایکشن صرف ایسٹوائسٹک ایسڈ کی واضح مقدار موجود ہونے سے ہوگا۔ اگر پیشاب رو تھرائیسٹ کے ساتھ ری ایکشن دے لیکن فیرک کلورائیڈ کے ساتھ ری ایکشن نہ دے تو اس کا مطلب ہے کہ بہت کم مقدار میں کیٹونز موجود ہیں۔ اگر دونوں مثبت ہیں تو اس کا مطلب ہے مریض کو شدید کیٹوسس (Ketosis) ہے اور فوراً علاج کی ضرورت ہے۔

6- بائل پگمنٹس (Bile Pigments):

بلی روبن (Bilirubin) خون کے مٹابولزم کا آخری ما حاصل ہے۔ جو کہ ہیموگلوبن اور مائیوگلوبن جیسی پروٹینوں پر مشتمل ہوتا ہے جو کہ زیادہ تر ریٹیکولو اینڈو تھیلیل سیلز (Reticuloendothelial Cells) میں بنتے ہیں۔ عام حالات میں بلی روبن خون میں ایک جگہ سے دوسری جگہ آزادانہ (Unconjugated) جاتے ہیں جو کہ چربی میں حل پذیر ہوتے ہیں اور سختی کے ساتھ پروٹین سے مل کر رہنے کے پابند ہوتے ہیں۔ اس لئے پیشاب میں خارج نہیں ہوتے۔ بلی روبن پتے (Gallbladder) میں اخراج کے دوران گلوکورونائیڈ (Glucoronide) بنانے کے لئے ملتا ہے۔ (Conjugate) کمپاؤنڈ یا مرکب پانی میں حل پذیر ہوتا ہے اور لمبوس من کے ساتھ رہنے کا اتنی سختی سے پابند نہیں ہوتا اور اس میں گلو میرولس سے نکل جانے کی اہلیت ہوتی ہے، صحت کی حالت میں بلی روبن پیشاب میں نہیں پایا جاتا کیونکہ عام حالات میں یہ اس صورت

میں گردش نہیں کرتا یرقان کے مریض میں ملی روہن یوریا (Bilirubinuria) کی نشانیوں میں سے ایک ہے۔
 روہن کی موجودگی یہ بتاتی ہے کہ پائزما میں ملی روہن ملی ہوئی اہل میں موجود (Conjugated) ہونے کی وجہ سے یرقان ہے۔ جو کہ جگر کے خلیوں میں تباہی یا جگر کی رکاوٹ سے نتیجہ میں ہوتا ہے۔
 محض آزاد ملی روہن (Unconjugated) کی وجہ سے ہونے والے یرقان میں ملی روہن یوریا نہیں ہوتا جو کہ خون کی نالیوں میں خون کی تباہی کے نتیجہ میں ہوتا ہے۔

یورو بلی نو جین اور یورو بلین (Urobilinogen and Urobilin):

جگر میں پیدا ہو کر پتہ میں خارج ہونے والی ملی روہن آنتوں میں آ جاتی ہے۔ آنتوں میں بیکٹیریا کے ساتھ ریڈ یوس (Reduce) ہو کر یہ یورو بلی نو جین میں تبدیل ہو جاتی ہے۔ اس میں سے کچھ مقدار پورٹل سرکولیشن میں داخل ہو کر دوبارہ جگر سے پتہ میں پہنچ جاتی ہے۔ جہاں سے اس کا اخراج ہوتا ہوتا ہے۔ اسے اینڈرو پینک سرکولیشن (Entero Hepatic Circulation) کہتے ہیں۔ اس میں سے کچھ مقدار یورو بلی نو جین کی خون میں پہنچ جاتی ہے اور پھر کھانوں سے پیشاب میں خارج ہو جاتی ہے۔ بے رنگ یورو بلی نو جین تھوڑی دیر رکھنے سے آکسی ڈائز (Oxidize) ہو کر پیشاب کا رنگ اور نچ کر دیتی ہے۔ پیشاب میں یورو بلی نو جین کی مقدار کا تعین کئی وجوہات میں مفید ثابت ہوتا ہے۔ رکاوٹی یرقان کے مریض کے پیشاب میں یورو بلی نو جین کا موجود نہ ہونا اس بات کی نشاندہی کرتا ہے کہ رکاوٹ اتنی زیادہ ہے کہ پتہ کا جوس یا معزرا (Bile) آنتوں میں بالکل نہیں پہنچ رہا ہے اور جس مریض کو یرقان نہ ہو اور اس کے پیشاب میں یورو بلی نو جین آ رہا ہو (Urobilinogenuria) تو یہ اس بات کی نشاندہی کرتا ہے کہ رکاوٹ اتنی زیادہ ہے کہ نارمل جگر یورو بلی نو جین کے اضافہ بوجھ کے ساتھ مطابقت نہیں کر رہا ہے یا متاثرہ جگر یورو بلی نو جین کی نارمل مقدار جو کہ اس تک جگر کے اندرونی خون کو سرکولیشن سے پہنچ رہی ہے اسے آگے نہیں بھیج پار رہا ہے۔ پہلی وجہ خون کے سرخ خلیات کی تباہی کے نتیجہ میں آتی ہے۔ مثلاً کسی مریض کو غلط خون لگ جائے تو اس کے ری ایکشن کی وجہ سے خون کے سرخ خلیات ٹوٹتے ہیں اور ملی روہن بنتی ہے۔ اس صورت میں مریض میں یرقان کی کوئی بظاہر نشانی نہیں ملتی اور یہ ملی روہن یوریا بھی پیدا نہیں کرتا۔

دوسری صورت میں انفیکٹو ہیپاٹائٹس (Infective Hepatitis) میں یرقان سے متاثر ہونے سے پہلے کی صورت میں جسے پری ایکٹرک سٹیج (Pre- Icteric Stage) کہتے ہیں اور مکمل طور پر پھیلی ہوئی جگر کی بیماری میں مبتلا شدید سروس آف لیور جب کہ ملی روہن بھی پیشاب میں خارج کر رہا ہو۔

(6-i) بائل پگمنٹ کے لئے ٹیسٹ (Tests for Bile Pigments):

بائل پگمنٹ پیشاب کا رنگ پیلا یا براؤن کر دیتا ہے لیکن یہ بائل کی وجہ سے نہیں بھی ہو سکتا۔ اس کی موجودگی کا انتہائی سادہ سا ٹیسٹ یہ ہے کہ پیشاب کو ٹیسٹ ٹیوب میں ڈال کر ہلانے سے پہلے رنگ کی نہ ختم ہونے والی جھاگ بن جائے گی اور یہ بائل سائنس کی اور ملی رو بن کی موجودگی کی وجہ سے ہے۔ ایکٹو ٹیسٹ (Icto Test) ملی رو بن کے لئے قابل اعتماد ٹیسٹ ہے۔

(6-ii) ایکٹو ٹیسٹ (Icto Test):

دے گئے ٹیسٹ میٹ پر 5 قطرے پیشاب کے ڈالیں اور نرم شدہ حصے کے مرکز میں ایکٹو ٹیسٹ کی گولی رکھیں اور پانی کے دو قطرے گولی پر ڈالیں اور اسے میٹ میں جذب ہونے دیں اور 30 سیکنڈ بعد میٹ کا رنگ نوٹ کر لیں (گولی کا نہیں) اگر ملی رو بن موجود ہے تو میٹ کا رنگ جامنی ہو جائے گا۔ گلابی یا سرخ رنگ یا اور کوئی رنگ جو کہ گولی کے رنگ میں تبدیلی کی وجہ سے ہو سکتا ہے۔ کلور پرومازین (Chlorpromazine) کا زیادہ استعمال بھی غلط نتیجہ دے سکتا ہے۔

(6-iii) ارلک ایلڈی ہائیڈ ٹیسٹ اور ریجنٹ سٹریپ ٹیسٹ

(Ehrlich's Aldehyde Test and Reagent Strip Test)

پیشاب میں زیادہ مقدار میں یورو بلی نوجن ارلک ایلڈی ہائیڈ ٹیسٹ یا اس کی جدید شکل میں بنی ہوئی کمرشل ریجنٹ سٹریپ سے پتہ چلایا جاسکتا ہے۔ بے رنگ یورو بلی نوجن اور ارلک ایلڈی ہائیڈ کے تیزابی سلوشن میں جمع ہو کر سرخ رنگ بنا دیتا ہے جو کہ ایمائل اور بیسنزائل الکوحل کے مکسچر (Mixture) سے نچوڑایا اکٹھا کیا جاسکتا ہے۔ ٹیسٹ ہمیشہ تازہ پیشاب کا کرنا چاہئے کیونکہ باسی پیشاب میں یورو بلی نوجن کی آکسی ڈیشن ہو جاتی ہے اور وہ یورو بلین (Urobilin) میں تبدیل ہو جاتی ہے جو کہ بالکل ری ایکشن نہیں دیتا۔ پورفو بلی نوجن (جو کہ مختلف قسم کے پورفائر یا (Porphyria) میں پیشاب میں خارج ہوتا ہے۔ کچھ دیر رکھنے کے بعد پورفائی رین کی شکل میں جمع ہو جاتا ہے جو کہ پورٹ وائن رنگ کا باسی پورفائی ایک پیشاب بنا دیتا ہے۔) بھی ٹیسٹ میں سرخ رنگ دیتا ہے لیکن رنگ الکوحل فیز میں اکٹھا نہیں ہوتا۔

ایک ملی لٹر پیشاب ایک ملی لٹر ارلک ایلڈی ہائیڈ ریجنٹ کے ساتھ کمرے کے درجہ حرارت پر ملائیں۔

(ارلک ایلڈی ہائیڈ ریجنٹ پیرا ڈائی میتھائل امینو بیسنز ایلڈی ہائیڈ (Paradimethyl

(2 Amino Benzaldehyde) گرام کو 100 ملی لیٹر 5% HCl میں ملا کر بنایا جاتا ہے) اور 15 منٹ کے بعد سوڈیم ایسی ٹیسٹ کا پانی میں سیر شدہ سلوشن 2 ملی لیٹر ڈالیں اور ملائیں اور بعد میں 2 ملی لیٹر 3.1 (V/V) ایم ایل الکوحل اور بینزائل الکوحل کا مکسچر ڈالیں ٹیسٹ ٹیوب کو اوپر سے بند کر دیں اور اس کے عناصر کو آہستگی سے ایک منٹ تک ہلائیں اور جب فیز اوپر کی طرف سرخ رنگ علیحدہ بنادے (آرگینک) تو اس کا مطلب ہے کہ یورو بلی نوجن موجود ہے اور اس دوران پختی فیز (پانی) پور فو بلی نوجن کو ظاہر کرتا ہے۔ ٹیسٹ میں ایم ایل اور بینزائل کی جگہ کلوروفارم بھی استعمال کیا جاسکتا ہے۔ یہ پختی تہ فوراً علیحدہ کر دیتا ہے اس لئے اس تہ میں سرخ رنگ میں یورو بلی نوجن دیکھا جاسکتا ہے۔ تازہ پیشاب میں یورو بلی نوجن بہت کم مقدار میں ہوتا ہے۔ لہذا یہ ہلکا سا گلابی رنگ ٹیسٹ میں دیتا ہے۔ پانی سے 1:1 گنا ہلکے کئے ہوئے پیشاب میں ایسا نہیں ہوتا۔ تجارتی مقاصد کے لئے کمرشل ریجنٹ سٹریپ کو پیشاب میں ڈبو کر نکالا جاتا ہے اور 45 سیکنڈ بعد ٹیسٹ والی جگہ کے رنگ کا موازنہ دے گئے مارکر چارٹ سے کر لیا جاتا ہے۔ مثبت نتیجہ پور فو بلی نوجن اور پیرامائینوسیلی سیلک ایسڈ کی وجہ سے بھی ہو سکتا ہے۔

3- مائیکروسکوپک معائنہ

(Microscopic Examination)

روایتی پیشاب کی تلچھٹ (Deposits) کا مائیکروسکوپ پر معائنہ کرنے کے لئے پیشاب کو ایک ہزار یا پندرہ سو چکرنی منٹ کے حساب سے تقریباً تین منٹ کے لئے گھمایا جاتا ہے۔ کورسلپ بھی معائنہ میں استعمال کرنی چاہئے یہ معیاری معائنہ کے لئے مفید ہے۔ اس مقصد کے لئے پیشاب کا درمیانی حصہ زیادہ مفید سمجھا جاتا ہے اور پھر یہ بات بھی مد نظر رکھنی چاہئے کہ نازک اشیاء یعنی کاسٹ فورایا زیادہ سینٹری فیوج کرنے سے پھٹ جاتے ہیں اور پیشاب کو زیادہ رکھنے سے سیلز اور کاسٹ بکھر جاتے ہیں۔ اس لئے ضروری ہے کہ معائنہ کے لئے تازہ پیشاب استعمال کیا جائے۔ اگر سفید سرخ اور اپی ٹھیلیل سیلز کو پہچاننا مقصود ہو تو بغیر رنگ دیے یہ عناصر خاص طور پر کاسٹ زیادہ واضح نہیں ہوتے اور مائیکروسکوپ کا ڈایا فرام کم کرنے اور کنڈیلر والا حصہ نیچے کرنے سے سیلولر تلچھٹ (Deposits) کا بہترین معائنہ ہیوسائٹومیٹر چیمبر میں بغیر سینٹری فیوج کئے ہوئے پیشاب کا ہوتا ہے۔

جیسا کہ فیز کنٹراسٹ مائیکروسکوپ میں نظر آ رہے ہیں۔ قارئین عام مائیکروسکوپ کے استعمال میں اتنے صاف سیلز اور کاسٹ نہیں دیکھ سکتے۔

خون کے سرخ جیسے (Red Blood Cells):

سرخ سیلز عام طور پر گول اور $7\mu m$ قطر کے ہوتے ہیں اور ان کے مرکز پیلا ہٹ مائل ہوتے ہیں۔ اگر پیشاب گاڑھا ہوگا تو یہ سکڑے اور کنارے اونچے نیچے نظر آئیں گے اور ان کی دونوں اطراف سے دبی ہوئی سطح بھی تقریباً گول نظر آئے گی۔ نارمل پیشاب میں بغیر سینٹری فیوج کئے یہ فیوٹل میٹر $2mm$ سے زیادہ نہیں ہوتے اور سینٹری فیوج کئے ہوئے پیشاب میں ہائی پاؤرفیلڈ میں ایک یا اس سے کم ہوتے ہیں۔ بعض اوقات کیتھٹر (Catheter) پر لگی چکناہٹ اور انگلیوں کے تیل پر بھی سرخ سیلز کا گمان ہو سکتا ہے۔ لیکن تیل کے قطرے سائز تبدیل کرتے رہتے ہیں اسی سے پہچانے جاتے ہیں اور یہ زیادہ گول ہوتے ہیں اور ان کا ریفریکٹو انڈیکس (Refractive Index) بھی زیادہ ہوتا ہے۔ مائیکروسکوپ میں پیشاب میں خون (Hematuria) کی تشخیص میں سرخ سیلز بہت معاونت کرتے ہیں۔ خاص طور پر جسمانی نظام میں خرابی جو کہ گردوں پر اثر انداز ہو رہی ہو مثلاً بیکٹیریل اینڈوکاردائیٹس (Bacterial Endocarditis) میں سرخ سیلز کی تھوڑی مقدار پیشاب کا رنگ تبدیل نہیں کرتی اور نہ ہی ہیموگلوبن کے لئے مثبت نتیجہ دیتا ہے۔ خاص طور پر اگر پیشاب تازہ ہو۔

لیکوسائٹس (خون کے سفید خلیے) (Leukocytes):

لیکوسائٹس سرخ ذرات سے ذرا بڑے ہوتے ہیں اور اپنی گولائی کی وجہ سے پہچانے جاتے ہیں۔ ایک طرف کو ابھرا ہوا نیوکلئیس اور چمکنے والا دانے دار سائیکلو پلازم ان کی پہچان ہے۔ گلیشیل ایسٹک ایسڈ (Glacial Acetic Acid) کے چند قطروں سے پیشاب کو ایسڈیفائی (Acidify) کرنے سے یہ زیادہ واضح نظر آئیں گے۔ (لیکن اس سے سرخ سیلز تباہ ہو جاتے ہیں۔) لیکن بغیر مخصوص رنگ دے اور بغیر فیز کنٹراسٹ مائیکروسکوپ استعمال کئے یہ ریٹل ٹیوبولز اپنی ہیلیل سیلز ہوں تو ایک جھنڈا بنا لیتے ہیں یہ خراب ہونے میں گھنٹوں لیتے ہیں۔ اس لئے ٹیسٹ کے لئے تازہ پیشاب لینا چاہئے۔ ایک بڑی عورت میں ایک مربع ملی میٹر میں 10 سے زیادہ پیشاب کے درمیانی حصے سے لئے گئے نمونہ میں جب کہ پیشاب کو سینٹری فیوج نہ کیا گیا ہو نارمل نہیں گنے جاتے۔ 3 سے 10 کے درمیان مشکوک اہمیت کے حامل ہوتے ہیں۔ آدمیوں میں 3 لیکوسائٹس فی مربع ملی میٹر نارمل نہیں ہیں۔ آدمی اور عورت کے درمیان یہ فرق اندام نہانی (Vagina) کی رطوبت کے شامل ہو جانے کی وجہ سے ہے۔ سینٹری فیوج کئے ہوئے پیشاب میں ہائی پاؤرفیلڈ میں 5 سے زیادہ لیکوسائٹس نہیں ہوتے۔ لیکوسائٹس کی زیادتی کا مطلب ہے کہ

پیشاب بیکٹریا سے متاثرہ ہے پھر بھی یہ کسی چھپی ہوئی انفیکشن کی وجہ سے بھی ہو سکتا ہے جیسا کہ گردوں کی پتھری کے مریض میں ہوتا ہے۔ اگر بظاہر صاف نظر آنے والے پیشاب میں بار بار پس سیز نظر آئیں تو پیشاب کے راستوں کی ٹی بی کو بھی مد نظر رکھنا چاہئے۔ بیکٹیریا کی پیشاب کے راستے کی انفیکشن کا فیصلہ آخر کار پیشاب کے کلچر پر ٹھہرتا ہے نہ کہ مائیکروسکوپ پر جو کہ بغیر لیکوسائٹس کے اضافے کے بطور پیشاب کی انفیکشن کے پیش کی جاسکتی ہے۔

اپی تھیلیل سیزل (Epithelial Cells):

یورٹر اور مثانہ سے عارضی طور پر آنے والے اپی تھیلیل سیزل بڑے اور انڈے کی شکل کی ہوتے ہیں جن کا ایک نیوکلئس ہوتا ہے۔ پانچ کونوں والے چھلکے کی شکل کے بعض اوقات تہوں کی شکل میں یوریتھریل یا ویجائٹل رطوبات میں آتے ہیں اور عورت کے پیشاب میں زیادہ مقدار میں موجود ہوتے ہیں اور اس قسم کی تہیں بناتی ہیں کہ پیشاب آلودہ ہے اور کلچر کرنے کے لئے مناسب نہیں ہے۔

سپرمیٹوزوآ (Spermatozoa):

عورت اور مرد دونوں کے پیشاب میں سپرمیٹوزوآ بعض اوقات پائے جاتے ہیں۔ ان کی مخصوص شکل ان کی پہچان کا باعث بنتی ہے۔ یہ بیماری کی تشخیص کے لئے کوئی اہمیت نہیں رکھتے۔

پراسٹیٹک تھریڈ (Prostatic Threads):

پراسٹیٹک تھریڈ پراسٹیٹ کی پرانی سوزش کی صورت میں پائے جاتے ہیں۔ خاص طور پر گنوریا (Gonorrhoea) کے بعد یہ بہت بڑے ہوتے ہیں اور آنکھ سے دیکھنے سے بھی نظر آ جاتے ہیں اور یہ عام طور پر پیشاب کی سطح پر تیرتے نظر آتے ہیں۔

کاسٹ (Casts):

خیال ہے کہ میو کو پروٹین (Mucoprotein) پیشاب اکٹھا کرنے والی چھوٹی ٹیوبوں میں رسوب کی صورت میں جمع ہو کر کاسٹ بناتے ہیں۔ اس بنیادی چیز پر سرخ سیزل اکٹھے ہو کر وائٹ سیزل کاسٹ بناتے ہیں یا ٹیوبلر اپی تھیلیل سیزل اکٹھے ہو کر اپی تھیلیل کاسٹ (Epithelial Cast) بناتے ہیں اور اگر یہ چربی پر مشتمل ہوں تو فیشی کاسٹ (Fatty Cast) بناتے ہیں۔ کاسٹ کے عناصر کا بکھراؤ گرینولر (Granular) یا ویکسی (Waxy) کاسٹ کی شکل اختیار کر لیتا ہے۔ بہت

زیادہ چوڑے کاسٹ ریٹل فیلور کاسٹ (Renal Failure Cast) کہلاتے ہیں اور یہ ریٹل ٹیوبولز میں بنتے ہیں جو کہ پیرانکاما (Parenchyma) کی شکل خراب ہو جانے سے ٹیوبولز کے بڑے ہونے اور پھیل جانے کی وجہ سے ایسا ہوتا ہے۔ کبھی کبھار ہیلن کاسٹ نظر آ جانا نارمل ہوتا ہے اور یہی اگر زیادہ ہوں یا زیادہ پیچیدہ کاسٹ گردوں کی بیماری کی طرف نشاندہی کرتا ہے۔ اگر مائیکروسکوپ کی لائٹ زیادہ ہو تو کاسٹ نظر بھی نہیں آ سکتا اور اگر فوراً یا زیادہ دیر تک سینٹری فوج کیا جائے تو کاسٹ ٹوٹ بھی سکتے ہیں۔ انہیں کورسلپ کے کناروں پر تلاش کرنا چاہئے۔ کچھ اشیاء جن پر کاسٹ کا شک بھی ہو سکتا ہے لیکن یہ ان سے خاصے مختلف ہوتے ہیں۔ مثلاً بال، اون، روٹی، یوریش، پراسٹیک تھریڈ، اہی ٹھیلیل سیلز اگر رول ہوئے ہوں۔

اپنی مخصوص شکل اور باہر والے بارڈر میں یہ ہمیشہ سلنڈر نما ہوتے ہیں۔ ان کے آخری حصے گول بھی ہو سکتے ہیں یا ایک کنارہ خراب بھی ہو سکتا ہے۔ اگر ایک طرف سے ٹوٹ جائے۔ ہیلن کاسٹ پہلے شفاف اور ایک جیسے ہوتے ہیں۔ یہ بیک گراؤنڈ سے علیحدہ پہچاننے مشکل ہو جاتے ہیں۔ جب تک کہ کنٹراسٹ مائیکروسکوپ استعمال نہ کی جائے۔ (کنٹراسٹ مائیکروسکوپ میں بیک گراؤنڈ گہرا ہوتا ہے اور سیلز یا کاسٹ وغیرہ واضح ہو جاتی ہے۔) یہ لمبے اور ڈھلتے ہوئے سروں کے ساتھ ہوتے ہیں اس لئے انہیں سلنڈر رائیڈ بھی کہتے ہیں۔ سیلولر کاسٹ اپنے مشتمل سیلز کی وجہ سے پہچانے جاتے ہیں۔ گرینولر کاسٹ نفیس اور کھر درے دانوں پر مشتمل ہوتے ہیں۔

کرشٹلز (Crystals):

الکالین پیشاب، امونیم، میکینیشیم اور فاسفیٹ (ٹرپل فاسفیٹ) کے کرشٹل پر مشتمل ہوتا ہے۔ میکیشیم آکسلیٹ (Calcium Oxalate) کرشٹل ایسڈک (Acidic) پیشاب میں نارمل گنے جاتے ہیں۔ ایمارفس (Amorphous) یا یوریش کا میٹرل مطلوبہ سیلولر میٹرل کو زیادہ دھندلا کر دیتا ہے اور جو کہ ایسڈی فیکیشن (Acidification) یا آہستہ آہستہ گرم کرنے پر حل ہو جاتا ہے۔ کرشٹلز عام طور پر بیماری پیدا کرنے میں کسی اہمیت کے حامل نہیں ہوتے۔ کبھی کبھار تشخیص کے لحاظ سے اہم ہوتے ہیں۔ مثلاً سسٹن (Cysteine) کرشٹل سسٹن یوریا (Cystinuria) بیماری کی نشاندہی کرتا ہے اور یورک ایسڈ کرشٹلز گردوں میں پتھری کی نشاندہی بھی کرتے ہیں۔

چھوٹے جراثیم (Micro Organisms):

بغیر سینٹری فوج اور بغیر رنگ دے اگر حرکت کر رہے ہوں تو ہائی پاؤر مائیکروسکوپ میں نظر آ جاتے ہیں لیکن سینٹری فوج کے ڈپازٹ کو گرام ٹین دینے سے یہ زیادہ آسانی سے نظر آ جاتے

ہیں۔ اگر یہ مائیکروسکوپ میں زیادہ تعداد میں نظر آتے ہیں جب کہ پیشاب غیر آلود بھی ہو تو یہ واضح طور پر بتاتا ہے کہ پیشاب کے راستے میں (گردوں سے پوریتھراٹک) انفیکشن ہے۔ عورتوں کے پیشاب میں ٹرائی کوموناس ویجی بیلس (*Trichomonas Vaginalis*) یا بیسٹ (Yeast) پائے جاتے ہیں جو کہ ویجائنل رطوبت کی آلودگی کی وجہ سے ہوتا ہے۔ ٹرائی کوموناس ویجی بیلس ناشپاتی کی شکل کے پیراسائٹ ہوتے ہیں جو کہ تقریباً لیکوسائٹس سے دو گنے سائز کے ہوتے ہیں اور ان کے ایک طرف فلی جیلا (Flagella) ہوتا ہے جو کہ مشکل سے نظر آتا ہے۔

بیسٹ (Yeast) سرخ سیلز سے ذرا چھوٹے ہوتے ہیں لیکن ان کا دھوکا بھی ہو سکتا ہے۔ ہوا کے بلبلے اور تیل کے قطرے پر بھی ان کا گمان ہو سکتا ہے۔

بل ہارڈیا (*Bilharzia*):

شستوسوما ہیماٹوبیم (*Schistosoma Hematobium*) پیشاب کے آخری چند ملی لٹر جو کہ دن کے درمیانی حصے میں کئے گئے پیشاب میں نظر آتے ہیں۔ ان کے انڈے کی پیمائش تقریباً 0.12 ملی میٹر سے 0.44 ملی میٹر تک ہوتی ہے۔ ایک سرابا ہر کو ابھرا ہوتا ہے۔ شستوسوما مین سونائی (*Schistosoma Mansoni*) کا انڈا بہت کم پیشاب میں پایا جاتا ہے۔ ان کا ابھار سائڈ کی طرف ہوتا ہے۔

پلازما میں یوریا اور کریٹینین

:(Plasma Concentration of Urea and Creatinine)

پلازما میں یوریا کی مقداروں کا انحصار اندرونی اور بیرونی پروٹینوں پر اور ان کے گردوں کے اخراج پر ہوتا ہے۔ یہ خوراک میں پروٹین کی مقدار بڑھانے اور بخار اور نظام انہضام کے راستے میں خون نکلنے سے زیادہ ہو جاتی ہیں۔ یہ پروٹین کی اندرونی مقدار بڑھا دیتی ہیں۔ تمام اعتراضات کے باوجود کلیٹکوں پر پلازما میں اس کی مقدار یوں گردوں کی کارکردگی دیکھنے کے لئے استعمال ہوتی ہے اور زیادہ مقدار یوں یوریمیا (Uremia) بتاتی ہیں۔ نارمل 2.5 سے 6.6 ملی مول فی لیٹر (15 تا 45 ملی گرام فی ڈیسی لیٹر) اور زیادہ مقدار یوں گردوں کی بیماری کی وجہ سے ریٹیل فیلیور (Renal Failure) کے متعلق بتاتی ہیں۔ مثلاً ان کی رکاوٹ بلڈ پریشر گر جانے کی صورت میں ان کی حالت 'نمکیات کی کمی یا ہارٹ فیلیور میں جب کہ ان میں خون کی سپلائی متاثر ہو رہی ہو۔ یوریا کا بڑھنا ضروری نہیں کہ گردوں کی فیلیور کی وجہ سے ہی ہو۔ اس کا لیول 50 یا 70 ملی مول فی لیٹر

(300 سے 400 ملی گرام فی ڈیسی لٹر) یا بعض اوقات اس سے بھی زیادہ بڑھ جاتا ہے۔ کریٹینین (62 سے 124 مائیکرومول (Umol) فی لیٹر یا 1.4 سے 1.7 ملی گرام فی لیٹر جو کہ ہمیشہ اندرونی منبع سے حاصل ہوتی ہے۔ لیکن یوریا کی نسبت ماپنا مشکل ہوتا ہے۔ اس کی پلازما میں مقداریں اور گلو میرولوفلٹریشن ریٹ (GFR) لازم ملزوم ہیں۔ بہ نسبت یوریا کے ریٹیل فیوریور میں اس کی مقداریں 1500 مائیکرومول فی لٹر (20 ملی گرام فی ڈیسی لٹر) تک بھی بڑھ جاتی ہیں۔ پلازما میں یوریا اور کریٹینین کی مقداریں ایک طرف اور دوسری طرف گلو میرولوفلٹریشن ریٹ رکھنا بیلینس نہیں بلکہ مبالغہ آرائی ہوگی۔ کریٹینین کنسنٹریشن (Creatinine Concentration) اور یوریا بڑھنے سے پہلے گلو میرولوفلٹریشن ریٹ واضح طور پر گر جانا چاہئے۔ کلینیکل اور ریسرچ مقاصد کے لئے ضروری ہے کہ ریٹیل فنکشن کی خرابی کو ماپا جائے جو کہ ان کے لیول کو بڑھادے گی جس سے ریٹیل فنکشن کا پتہ چل سکتا ہے۔ بلڈ یوریا چیک کرنے کے لئے ریجنٹ سٹریپ مرکب کمپنی کی بنی ہوئی مرکو گنوسٹ 11001 ملتی ہیں جس میں ری ایکشن اور انڈیکسٹرز زون ہوتے ہیں اور خون اینٹی کو ایگولینٹ ہیپارین (Heparin) اوگزالیٹ یا سائٹریٹ کے ساتھ لیا جاتا ہے اور سٹریپ کے ری ایکشن زون کورس میں دو سیکنڈ تک ڈبو کر نکل لیا جاتا ہے اور انڈیکسٹرز زون کو بچا کر رکھیں۔ نارمل طریقہ کار میں ری ایکشن ٹائم 30 منٹ تک ہوتا ہے جو ساتھ دی ہوئی ایک ری ایکشن ویسل میں رکھ کر پورا کیا جاتا ہے اور موٹی لائنیں جو کہ انڈیکسٹرز زون میں 0، 5، 10، 15، 20 ملی میٹر کے فاصلوں پر ہوتی ہیں اور انڈیکسٹرز زون پر ریڈنگ کو دے گئے چارٹ سے موازنہ کر کے ریڈنگ لی جاسکتی ہیں جو ملی گرام فی ڈیسی لٹر اور ملی مول فی لٹر میں ہوتی ہیں۔

الیکٹروکارڈیوگرافی

(Electro Cardiography)

الیکٹروکارڈیوگرام (ECG) سے جسم کی سطح سے دل کی حرکت کے دوران دل کے اندر پیدا ہونے والی برقیاتی تبدیلیاں ریکارڈ کی جاتی ہیں۔ اس ٹیکنیک (Technique) کا لب لباب پیش کیا جا رہا ہے۔

جن حصوں میں ای-سی-جی (ECG) مفید معلومات فراہم کر سکتی ہے وہ مندرجہ ذیل

ہیں:

- 1- غیر معمولی دھڑکن (Rhythm) کا تجزیہ۔
- 2- کارڈی آرٹری کی بیماری کی وجہ سے مائیوکارڈیم (Myocardium) یعنی دل کے

- عضلات پر ہونے والی تبدیلیوں کو تلاش کرنا اور صحیح جگہ کی نشاندہی کرنا۔
- 3- ایٹریا (Atria) اور وینٹریکلز (Ventricles) کے سائز کے بڑھ جانے کی نشاندہی کرنے کے لئے۔
- 4- پیری کارڈیل ڈیزیز (Pericardial Disease) یعنی دل کے غلاف کی بیماریوں کا برقیاتی کارکردگی میں ہونے والی تبدیلیوں کو تلاش کرنا اور ان کی نشاندہی کرنا۔
- 5- جسم میں ہونے والی کیمیائی تبدیلیوں (Chemical Changes) کی وجہ سے دل کی برقیاتی کارکردگی میں ہونے والی تبدیلی کا پتہ لگانا جسمانی ورزش کے دوران الیکٹروکارڈیوگرام ریکارڈ کرنے سے اضافی اہم معلومات بھی حاصل ہو سکتی ہیں۔ جیسے ای۔ ٹی۔ ٹی (E.T.T) ایکسرسائز ٹالرنس ٹیسٹ (Exercise Tolerance Test) یا ٹرڈل ٹیسٹ بھی کہتے ہیں۔

تشریح:

الیکٹریکل کنٹیکٹ (Electrical Contact) یا الیکٹروڈ کی پوزیشن کے پوائنٹ چاروں ہاتھ پاؤں سمیت سینے پر مخصوص جگہیں ہیں۔ ہاتھ اور پاؤں کی تاریں دل میں اٹھنے والی برقیاتی قوتوں کی سمت کا تجزیہ مہیا کرنے کے لئے ہوتی ہیں۔

V1 چوتھی پبلی کا درمیانی حصہ سٹرنم کے دائیں بارڈر کے ساتھ۔

V2 چوتھی پبلی کا درمیانی حصہ سٹرنم کے بائیں بارڈر کے ساتھ

V3 V2 اور V4 کے بالکل آدھے حصے میں۔

V4 مڈکلیو۔ بکلر لائن (Mid Clavicular Line) پر پانچویں پبلی کے درمیانی حصہ میں۔

V5 V4 کے ساتھ میڈیئر یا ایگزٹری لائن (Anterior Axillary Line) کی سیدھ میں۔

V6 V4 والی سیدھ میں مڈ ایگزٹری لائن پر۔

ہاتھ اور پاؤں کی سینڈرڈ لیڈز (Limb Leads) مندرجہ ذیل میں بیان کی گئی ہیں:

دوسروں والی (Bipolar) لیڈ:

لیڈ نمبر	I	دایاں ہاتھ
لیڈ نمبر	II	دایاں ہاتھ
لیڈ نمبر	III	دایاں ہاتھ
AVR		دایاں ہاتھ
		بایاں ہاتھ
		بائیں ٹانگ
		بائیں ٹانگ

ایک سرے والی ہاتھ پاؤں کی لیڈیں:

(i)	AVF	بایاں پاؤں
(ii)	AVR	دایاں ہاتھ
(iii)	AVL	بایاں ہاتھ

سینے پر لگنے والی لیڈیں:

(V1 سے لے کر V6 تک سب سینے کی لیڈیں ہیں۔)

سٹینڈرڈ لیڈیں:

(i)	لیڈ I
(ii)	لیڈ II
(iii)	لیڈ III

1- لیڈ نمبر II، III اور AVF دل کی نچلی یا ڈایا فرام والی سطح میں تبدیلیاں ریکارڈ کرتی ہے۔

2- لیڈ I اور AVL دل کی سائیڈ کے بارڈر پر تبدیلیاں ریکارڈ کرتی ہیں۔

3- سینے کی لیڈیں وینٹریکل کے درمیانی پردہ یا سپٹم (Septum) اور بائیں وینٹریکل کی سامنے کی دیوار پر تبدیلیاں نوٹ کرتی ہیں۔

ایٹریل ڈی پولارائزیشن (Atrial Depolarization) برقیاتی قوتوں میں تبدیلی کا منبع ہے جو کہ P ویو سے بنتا ہے۔ QRS کمپلیکس وینٹریکل کی ڈی پولارائزیشن سے بنتا ہے۔ T ویو وینٹریکل کی ری پولارائزیشن بتاتی ہے۔

ایٹریل ڈی پولارائزیشن بہت ہلکی برقیاتی تبدیلیوں سے منسلک ہے جو کہ عام سطحی الیکٹروکارڈیوگرام میں ریکارڈ نہیں ہوتی۔ Q ویو QRS میں منفی ابتدائیہ ہے۔

PR کا وقفہ (PR Interval) P ویو کے شروع میں QRS کے شروع تک ماپا جاتا ہے۔

یہ عام طور پر 0.2 سیکنڈ سے کم ہوتا ہے۔ نارمل QRS کمپلیکس 0.12 سیکنڈ سے کم ہوتا ہے۔

الیکٹروکارڈیوگرام کی تشریح اور پڑھنا:

الیکٹروکارڈیوگرام کو ہمیشہ اصولوں کے مطابق پڑھنا چاہئے۔ آسان ترین طریقہ کار

مندرجہ ذیل ہے۔

- 1- دل کی رفتار اور دھڑکن کا تعین کریں۔
- 2- QRS کمپلیکس کی چوڑائی اور PR وقفے کی تشخیص کریں۔
- 3- QRS کمپلیکس اور P ویو کا معائنہ کریں۔
- 4- T ویو اور ST سیکمینٹ کا معائنہ کریں۔

دل کی دھڑکن کی خرابی اور الیکٹروکارڈیوگرام:

دل کی دھڑکن کی خرابی کے تجزیے میں الیکٹروکارڈیوگرام اس لئے مفید ہے کہ یہ ایٹریل اشتعال (Atrial Excitation) (P wave) اور وینٹریکلر اشتعال (QRS Complex) دونوں کو ریکارڈ کرتا ہے۔ P ویو زیادہ بہتر لیڈ II اور بائیں طرف کی سینے کی لیڈ (VI) میں بہتر دیکھی جاسکتی ہے۔ اگر دل کی دھڑکن میں گڑبڑ ہو تو ان لیڈوں کا خاص طور پر زیادہ محتاط طریقے سے معائنہ کرنا چاہئے۔

صحت مندی میں دل کی دھڑکن سائینو ایٹریل نوڈ (S.A Node) یا پیس میکر (Pace Maker) میں شروع ہوتی ہے جو کہ سپر وینا کیوا (Superior Vena Cava) اور دائیں ایٹریم کے ملاپ کی جگہ کے نزدیک ہوتا ہے۔ دھکایا لہریا تحریک دونوں ایٹریا سے پھیل کر ایٹریو وینٹریکلر نوڈ (AV node) کی طرف لے جاتا ہے۔ AV نوڈ سے دھکایا لہریا تحریک نیچے کی طرف لے جاتا ہے۔ AV نوڈ سے دھکایا لہریا تحریک نیچے کی طرف بنڈل آف ہز (Bundle of His) میں جاتی ہیں اور وہاں سے پریٹینچی فائبرز (Purkinje Fibers) کی طرف دائیں اور بائیں بنڈل برانچوں (Bundle Branches) میں ہوتا ہے۔

سائنس ٹیکی کارڈیا (Sinus Tachycardia):

کارڈیک امپل (Cardiac Impulse) یا دھکام عام طور پر سائنس نوڈ میں پیدا ہوتا ہے اور الیکٹروکارڈیوگرام نارمل بنتا ہے۔ نبض کی رفتار جوان شخص میں 100 سے زیادہ ہو جاتی ہے۔ سائنس ٹیکی کارڈیا (دل کی رفتار کا تیز ہو جانا) جذبات و ورزش، بخار، ہائپر تھائیرائیڈزم (Hyperthyroidism) یا گلہڑ اور انیمیا (Anemia) کی وجہ سے بھی ہو سکتا ہے۔

سائنس بریڈی کارڈیا (Sinus Bradycardia):

اس میں بھی الیکٹروکارڈیوگرام نارمل بنتا ہے۔ لیکن دل کی رفتار 60 بیٹ فی منٹ سے بھی کم ہو جاتی ہے۔ سائنس بریڈی کارڈیا (دل کی رفتار کم ہونا) تربیت یافتہ کھلاڑیوں یا ایسے مریضوں میں جن کی کھوپڑی میں پریشر بڑھ جائے۔ (ہیڈ انجری کے بعد) کمس اڈیما

(Myxedema) ابتدائی ہائپوٹھائیرائیڈزم میں جلد پر خشک اور چھنی قسم کی سوزش جسے دبائے سے گڑھا نہیں پڑتا ہے۔) اور یرقان میں ہو سکتا ہے یا پھر سائینو ایٹریل (Sinoatrial Disease) کی بیماری اور سائنس نوڈ میں خون کی سپلائی ٹھیک نہ ہونے اور فائبروسس (Fibrosis) کی نشانی بھی ہو سکتی ہے۔

سائنس اردھمیا (Sinus Arrhythmia):

کارڈیک امپل (Cardiac Impulse) عام طور پر سائنس نوڈ سے ابھرتی ہے۔ جس کا ردھم کم یا زیادہ ہوتا رہتا ہے۔ دل کی رفتار سائنس اندر کھینچنے سے زیادہ ہو جاتی ہے اور سائنس واپس باہر نکالنے سے کم ہو جاتی ہے۔ ماسوائے P-R وقفے کے اتار چڑھاؤ کے بقیا ایسٹرو کارڈیوگرام نارمل ہوتا ہے۔

اردھمیا نوجوان لوگوں میں نارمل سی بات ہے۔ یہ گہرا سانس لینے سے بڑھ جاتا ہے۔ اور ورزش سے ختم ہو جاتا ہے۔

ایکسٹراسسٹلی یا ایکٹاپک بیٹ (Extrasystole or Ectopic Beat):

ایکٹاپک بیٹ ایٹریا یا وینٹریکل میں کسی مخصوص مقام سے ابھرتی ہیں جو کہ دل کو اچھی سانس سے آنے والی دھڑکن سے پہلے دھڑکنے پر آمادہ کرتی ہے۔ وینٹریکلر ایکسٹراسسٹلی میں P دو موجود نہیں ہوتی اور QRS کمپلیکس چوڑا ہوتا ہے۔ T ویو QRS کمپلیکس کی بڑی ڈیفلیکشن کے مخالف ہوتی ہے۔ ایکسٹراسسٹلی اپنے مقررہ وقت سے پہلے ایک مخصوص وقفے کے ساتھ آتی ہے۔ جسے کمپینسٹری پاز (Compensatory Pause) یا ایکسٹراسسٹلی کی سلامتی کے نتیجے میں آنے والا وقفہ کہیں گے۔ ایٹریل ایکسٹراسسٹلی کا ایسٹرو کارڈیوگرام P ویو کے خلاف معمولی شکل دیتا ہے۔ لیکن اس کے بعد آنے والے QRS کمپلیکس کی شکل بالکل نارمل ہوتی ہے۔ ایکسٹراسسٹلی کے بعد آنے والا وقفہ نارمل سے زیادہ ہوتا ہے۔

لہذا ایکسٹراسسٹلی (Extra Systole) مقررہ وقت سے پہلے آنے والی دھڑکنیں ہیں جن کے بعد خلاف معمول ایک لمبا وقفہ ہوتا ہے۔ جو کہ اسٹیتھو اسکوپ سے آوازیں سن کر یعنی (Auscultation) اور پالپیشن (Palpation) کرنے سے پہچانی جاسکتی ہیں۔

یہ صحت مندی کی حالت اور دل کی بیماری کے مریض دونوں میں ہو سکتی ہیں۔ اگر ایکسٹراسسٹلی پر نارمل دھڑکن کے ساتھ آئے تو اسے کپلڈ نبض (Coupled Pulse) یا (Bigeminy) یا دھڑکنوں کا ایک ساتھ دھڑکنا کہیں گے۔ اس صورت میں مریض کا اگر پہلے سے

ڈیجاکسن (Digoxin) کے ذریعے علاج کیا گیا ہو تو ڈیجاکسن سے ہونے والے زہریلے اثرات کو بھی مد نظر رکھیں۔

ایٹریل ٹیکسی کارڈیا اور ایٹریل فلٹر

:(Atrial Tachycardia & Atrial Flutter)

ایٹریل ٹیکسی کارڈیا اور ایٹریل فلٹر ایک ناپک فوکس (اصل مقام کی بجائے دوسری جگہ) ایٹریم میں ہونے کی وجہ سے ہوتا ہے جو کہ دل کو تیزی کے ساتھ لیکن باقاعدگی سے دھڑکاتا ہے۔ P ویو خلاف معمول شکل میں ہوتی ہے۔ لیکن QRS کمپلیکس عام طور پر نارمل شکل میں ہوتا ہے۔ لیکن رفتار تیز ہونے کی وجہ سے بنڈل برانچ بلاک (Bundle Branch Block) کا نمونہ ہو سکتا ہے۔

اصول کے مطابق تمام ایٹریل امیلوز وینٹریکل تک نہیں پہنچ پاتیں۔ بلکہ اکثر یکے بعد دیگرے پہنچتی ہیں۔ جب یہ بتایا جائے کہ 2:1 کا بلاک ہے تو کبھی کبھار 3:1 یا 4:1 کا بلاک نکلتا ہے اور بعض اوقات بلاک کی شدت کم یا زیادہ ہو سکتی ہے۔ ایٹریل فلٹر اور ٹیکسی کارڈیا دل کی دوسری بے قاعدگیوں کی غیر موجودگی میں بھی ہو سکتا ہے۔ تھائیروائڈس کوکس (Thyrotoxicosis) ریو میٹک ہارٹ ڈیزیز (Rheumatic Heart Disease) اور اسکیمک ہارٹ ڈیزیز (Ischemic Heart Disease) میں بھی ہو سکتا ہے۔

ایٹریل فبریلیشن (Atrial Fibrillation):

ایٹریل فبریلیشن (ایٹریا کی مائیو کارڈیم کی بلاکسی وجہ کے سکڑنے سے اردھمیا ہو جانا) میں ایٹریا کی کارکردگی میں ہم آہنگی نہیں ہوتی۔ (نہ ہی مکینیکل اور نہ ہی الیکٹریکل) الیکٹرو کارڈیوگرام P ویو کی بجائے F ویو (فیریلیشن) ایٹریا کی کارکردگی ظاہر کرتی ہے۔ خاص طور پر لیڈ VI میں QRS کمپلیکس نارمل ہے۔ لیکن بے ترتیبی سے آتا ہے۔ کلینک میں اس کی پہچان بے ترتیب نبض سے کی جاسکتی ہے۔ اس کی عام وجوہات اسکیمک ہارٹ ڈیزیز، مائٹل والو کی بیماری اور تھائیروائڈس کوکس ہیں۔

ایٹریو وینٹریکلر بلاک (Atrio Ventricular Block):

پہلے درجے کے ہارٹ بلاک میں PR انٹروال یا وقفہ 0.2 سیکنڈ سے بڑھ جاتا ہے اور تمام ایٹریل امپلوز (Atrial Impulses) وینٹریکل تک پہنچ جاتی ہیں۔ اگر کچھ امپلوز وینٹریکل تک

پہنچنے میں ناکام رہتی بھی ہیں تو دوسری اس کی جگہ پہنچ جاتی ہیں۔ تو اس صورت میں اسے دوسرے درجے کا ایٹریو وینٹریکلر بلاک (Second Degree Heart Block) کہتے ہیں۔ اگر ایٹریا اور وینٹریکل علیحدہ علیحدہ دھڑکیں تو اسے تیسرے درجے کا ہارٹ بلاک (Third Degree Heart Block) کہتے ہیں۔ اس میں ایٹریم اور وینٹریکل کا بظاہر ایک دوسرے سے کوئی تعلق نہیں ہوتا۔ وینٹریکل کی رفتار آہستہ ہو جاتی ہے۔ یعنی وہ 20 سے 40 بیٹ فی منٹ دھڑکتا ہے۔ اکثر اس کی غیر یقینی حرکت والی صورت ہو جاتی ہے اور یہ مکمل فیل بھی ہو سکتی ہے۔ اسے وینٹریکلر سٹینڈ سٹیل (Ventricular Stand Stil) بھی کہتے ہیں یا دل کا ساکن ہو جانا بھی کہتے ہیں۔

وینٹریکلر فبریلیشن (Ventricular Fibrillation):

وینٹریکل میں وہی طریقہ کار ہوتا ہے جیسا کہ ایٹریا میں ایٹریل فبریلیشن کے دوران ہوتا ہے۔ QRS مختلف نہیں ہوتا لیکن پریشان کن بے ترتیب شدید رفتار سے لہرانا ہوتا ہے۔ دل کی ماحصل کارکردگی متاثر نہیں ہوتی۔ گھبراہٹ فوراً آ جاتی ہے۔ اگر بلاتا خیر علاج نہ ملے تو یہ دھڑکن جان لیوا بھی ہو سکتی ہے۔

الیکٹرو کارڈیو گرام اور دل کی مختلف حالتیں:

وینٹریکلر ہائپر ٹرائی کی اصولاً سینے کی لیڈوں سے تشخیص ہوتی ہے۔ خاص طور پر V1 اور V6 دیکھاتی ہے کہ QRS کمپلیکس کی V1 (جو کہ دائیں وینٹریکل پر ہے) اور V6 (جو کہ بائیں وینٹریکل پر ہے) پر کیا صورت ہے۔ اس بات کا ممنون ہونا چاہئے کہ کسی بھی لیڈ کا QRS کمپلیکس دونوں وینٹریکلز کی مجموعی برقیاتی کارکردگی کو نارمل ECG کے مقابلے میں ظاہر کرتا ہے۔ کسی بھی پوائنٹ سے ایک وقت میں لی گئی ECG میں R ویو پازیٹو (Positive) ڈیفلیکشن دے گی۔ اگر ماحصل ویکٹر کا رخ الیکٹروڈ کی طرف ہو تو S ویو نیگیٹو ڈیفلیکشن دیتی ہے۔ اگر ماحصل ویکٹر الیکٹروڈ کی مخالف سمت میں جا رہا ہے تو وینٹریکلر ہائپر ٹرائی کا انحصار ڈی پولرائزیشن کی الیکٹریکل کارکردگی پر ہوتا۔ جس کے نتیجہ میں QRS کی جسامت بڑھ جائے گی جو کہ سینے کی لیڈوں میں بہتر دیکھی جاسکتی ہے۔ بائیں وینٹریکلر ہائپر ٹرائی (Left Ventricular Hypertrophy) جیسے کہ بایاں وینٹریکل بائیں اور پچھلی طرف کر کے پڑا ہوتا ہے۔ اس لئے R ویو کی بائیں سینے کی لیڈوں میں جسامت بڑھ جاتی ہے۔ (V5، V6) اور دائیں طرف کی سینے کی لیڈ میں S ویو بڑھ جاتی ہے۔ (V1، V2)

رائٹ وینٹریکلر ہائپرٹروفی (Right Ventricular Hypertrophy):

دائیں سینے کی لیڈوں میں R ویو کی جسامت بڑھ جاتی ہے اور گہری S ویو بائیں سینے کی لیڈوں میں آ جاتی ہے جو کہ سامنے کی طرف پڑے ہوئے دائیں وینٹریکل میں برقیاتی کارکردگی بڑھ جانے کی وجہ سے ہوتا ہے۔

اور یہ کہ دونوں قسم کی وینٹریکلر ہائپرٹروفی وینٹریکلر کھچاؤ یا تناؤ کا نمونہ دے سکتا ہے۔ وینٹریکلر ری پولرائزیشن میں گڑبڑ وینٹریکلر ہائپرٹروفی کی وجہ سے ہوتی ہے۔ جہاں متاثرہ وینٹریکلر ST ڈپریشن (نشیب یا دباؤ یا گڑھا) بناتا ہے وہاں سے ذرا ہٹ کر یہ T ویو بناتی ہے اور T ویو I اور AVL میں اور بائیں سینے کی لیڈوں میں بائیں وینٹریکلر ہائپرٹروفی میں الٹی ہوتی ہے اور V1، V2، III اور III میں دائیں وینٹریکلر ہائپرٹروفی میں بھی T ویو الٹی ہوتی ہے اور T ویو میں تبدیلیوں کی دوسری وجوہات آگے بیان کی گئی ہیں:

بنڈل براچ بلاک (Bundle Branch Block):

بنڈل براچ بلاک میں کسی ایک بنڈل براچ میں رکاوٹ آ جاتی ہے۔ ایک وینٹریکل کی پیغام رسانی لیٹ ہو جاتی ہے۔ QRS کا دورانیہ کا وقت 0.12 سیکنڈ سے بڑھ جاتا ہے مثلاً اگر بائیں بنڈل براچ متاثر (یا اس میں رکاوٹ آ جائے) ہوتی ہے تو پیغام رسانی بائیں وینٹریکل میں لیٹ ہو جاتی ہے اور یہ اس وقت سکڑتا ہے جب کہ دایاں وینٹریکل مقابلتاً اس کا ساتھ نہیں دیتا اور یہ بہت زیادہ ڈیفلیکشن دیتا ہے جیسا کہ بائیں وینٹریکل کی ہائپرٹروفی میں دیتا ہے۔

مایوکارڈیل انفارکشن (Myocardial Infarction):

مایوکارڈیل انفارکشن S-T سیگمنٹ میں لگاتار تبدیلیاں کر کے الیکٹروکارڈیوگرام کو تبدیل کرتا رہتا ہے۔ جیسے کہ T ویو کا الٹا ہونا اور Q ویو کا پیدا ہونا یہ بات ذہن نشین رکھنی چاہئے کہ انفارکشن کے پہلے دو گھنٹے میں الیکٹروکارڈیوگرام درحقیقت نارمل ہوتا ہے۔ بعد میں S-T سیگمنٹ اونچا ہو جاتا ہے اور چند دن بعد T ویو الٹی ہو جاتی ہے اور S-T سیگمنٹ آہستہ آہستہ بیس لائن (Base Line) کی طرف واپس آ جاتا ہے۔ لیکن یہ واپس آنے میں کئی دن لے جاتا ہے۔ کارڈیک انفارکشن میں QRS کمپلیکس S-T سیگمنٹ اور T ویو میں مندرجہ ذیل تبدیلیاں آتی ہیں۔

(a) نارمل نمونہ

(b) انفارکشن کے چند گھنٹے بعد Q ویو موجود ہے اور S-T سیگمنٹ اونچا ہو گیا ہے۔ (پریڈی

(سائنس)

(d) اور مزید کچھ وقت گزرنے کے بعد T ویو پھر اسی جاتی ہے۔ یعنی پہلے فلیٹ پھر اوپر کی طرف اٹھ جاتی ہے لیکن Q ویو مستقل رزٹی ہے۔

ای-ای-ای-تی لیڈ جن میں یہ حصے واضح ہوں گے	متعلقہ کارروزی ویسل (دل کو خون مہیا کرنے والی نالیاں)	مایو کارڈیم کا حصہ (دل کے پٹھوں کا حصہ)
V1 V5	بائیں سامنے سے نیچے کی طرف جاتی ہوئی	پٹم کا سامنے کا حصہ
AVL اور I	بائیں کمان کی ڈھلکی گھومتی ہوئی (سرکم فلیکس)	سائیڈ کا حصہ
AVF اور III II	دائیں کارروزی 90% (سرکم فلیکس 10%)	نچلا حصہ

ہاتھوں کی طرف چھائے ہوئے کارڈوزی سسٹم (سرکولیشن) اور معمولی اور غیر اہم کتابیں
کارڈوزی سرکولیشن کے ساتھ ہاتھوں کی طرف چھائے ہوئے کارڈوزی سسٹم (سرکولیشن) کے ساتھ ہاتھوں کی طرف
ویسل سے چارہی ہو۔ V6 (ہاتھوں کی طرف چھائے ہوئے کارڈوزی سسٹم (سرکولیشن) کے ساتھ ہاتھوں کی طرف
ہے۔ جس کا انحصار کارڈوزی سسٹم کی ساخت پر ہے۔

پیماٹا سیٹس B سرفس اینٹی جن

(Hepatitis "B" Surface Antigen)

ہیپاٹائٹس "B" سرفس اینٹی جن (Hepatitis "B" Surface Antigen) کو ٹیسٹ کرنے کے لئے ہائیو کون (Biocon Diagnostics) جرمنی کمپنی کا ہیاو اینڈ ہائیٹس "B" لیٹکس استعمال ہوتا ہے۔

مول:

لے ٹیکس (Latex) کے ذرات پر خرگوش سے حاصل کی ہوئی گیمما گلوبولن (Gamma Globulin) لگائی گئی ہوتی ہیں جو کہ بہت خاص اینٹی باڈیز ہوتی ہیں اور پیپٹائینس B سرفس اینٹی جن کے ساتھ مل کر ری ایکٹ (React) کرنے کی بھرپور صلاحیت رکھتی ہیں۔ انہیں پیپٹائینس "B" سرفس اینٹی جن پر مشتمل سیرم کے ساتھ ملایا جائے تو واضح پھٹیاں بنتی ہیں۔ اگر سیرم میں HBS AG موجود نہیں ہوگی تو پھٹیاں نہیں بنیں گی۔

ریجنٹ:

- 1- HBs AG لے ٹیکس (Latex) ریجنٹ (مخصوص 0.04ml کی مقدار نکالنے والے سسٹم اور قطرے دینے والی سفید بوتل) پولی سٹائرین لے ٹیکس کے ذرات کا سسپنشن (Suspension) جو کہ HBs Ag کی مخالف اینٹی باڈیز پر مشتمل ہے۔
- 2- مثبت کنٹرول سیرم (سرخ ڈراپر)
- 3- منفی کنٹرول سیرم (نیلا ڈراپر)

مہیا شدہ میٹریل:

استعمال کر کے پھینک دینے والی سلائیڈیں۔

ریجنٹ کو تیار کرنا:

50 ٹیسٹ کی مکمل کٹ مثبت اور منفی کنٹرول کے ساتھ ہے۔

محفوظ کرنا:

بغیر کھلی ہوئی بوتل کے اجزاء کو 2 سے 8 ڈگری سینٹی گریڈ تک محفوظ کیا جاسکتا ہے۔ بوتل پر لکھی ہوئی مؤخر تاریخ (Expiry Date) کو بھی مد نظر رکھیں اور مذکورہ ٹیسٹ پر ریجنٹ اور کنٹرول سیرم مستحکم اور صحیح رہتے ہیں۔

نمونہ:

تازہ سیرم کو ترجیح دینی چاہئے۔ پلازما بھی استعمال کیا جاسکتا ہے۔ نمونہ جتنا بھی تازہ ہو نتیجہ اتنا درست آئے گا۔

طریقہ کار:

- 1- ریجنٹ کو کمرے کے درجہ حرارت پر لا کر آہستہ آہستہ ہلائیں یہاں تک کہ لے ٹکس ریجنٹ اچھی طرح سسپنشن کی شکل میں ہو جائے۔
- 2- سیرم کے نمونہ کے 1:40 کی نسبت ہلکا کریں یعنی ایک قطرہ (0.04 ملی لیٹر) سیرم کو 1.6ml نارمل سیلائین میں (0.9% سوڈیم کلورائیڈ (NaCl سلوشن) ملا کر۔
- 3- سلائڈ پر مخصوص علاقے پر ہلکے کئے ہوئے سیرم کا ایک قطرہ (0.04ml) ڈالیں۔
- 4- اور سلائڈ پر مخصوص کئے ہوئے دوسرے علاقے پر ایک قطرہ (0.04ml) بغیر ہلکے کئے ہوئے سیرم کا ڈالیں۔
- 5- مثبت اور منفی کنٹرول دو قطرے 2x25 دونوں میں سے ہر ایک پر ڈالیں۔
نوٹ: مثبت اور منفی کنٹرول کو ہلکا نہ کریں۔
- 6- لے ٹکس ریجنٹ کو مکس کرنے کے لئے ہلائیں اور دونوں مخصوص علاقوں پر (جہاں جہاں ہلکا کیا ہوا یا بغیر ہلکا کیا ہوا سیرم اور کنٹرول ڈالے گئے تھے) ایک ایک قطرہ دونوں پر علیحدہ علیحدہ ڈالیں
- 7- علیحدہ علیحدہ سٹکس سے مخصوص علاقوں کو علیحدہ علیحدہ مکس کریں۔
- 8- سلائڈ کو اطراف سے اوپر اور نیچے مکس کرنے کے لئے پانچ منٹ تک ہلائیں۔ (واضح رہے کہ سیرم اور ریجنٹ کا مکسج دیے گئے مخصوص علاقوں سے باہر نہ جائے۔)

نتائج کی تشریح:

- 1- ہلکے اور بغیر ہلکے (Diluted Concentrated) کئے ہوئے دونوں نمونوں میں پھٹیوں کے نہ بننے کا مطلب نتیجہ منفی ہے۔ (HBs Ag Negative)
- 2- ہلکے اور بغیر ہلکے کئے گئے نمونوں دونوں میں کم یا زیادہ پھٹیاں نہیں تو اس کا مطلب ہے کہ نتیجہ مثبت ہے۔ (HBs Ag Positive)
- 3- صرف بغیر ہلکے کئے ہوئے نمونے میں معمولی پھٹیاں بننے کا مطلب ہے کہ نتیجہ مثبت ہے۔ (HBs Ag Positive)
- 4- صرف ہلکے کئے ہوئے نمونے میں بہت واضح پھٹیاں بنیں تو اس کا مطلب ہے کہ نتیجہ مثبت ہے۔ (HBs Ag Positive)

احتیاطیں:

- 1- بعض اوقات غلط نتیجہ بھی بعض دوسرے اینٹی جنز کی موجودگی میں آ سکتا ہے۔ مثلاً RF کی وجہ سے گوکہ یہ ممکنات تمام نمونوں میں مجموعی طور پر کل ایک فیصد سے بھی کم ہو سکتا ہے۔ ایسے نمونوں کے لئے کنفرمیٹری ٹیسٹ استعمال کرنے چاہئیں۔
- 2- HBs Ag کے پازیٹو کنٹرول کو دس گھنٹے تک 60°C پر رکھا جاتا ہے اس لئے انفیکشن نہیں دے سکتا۔ لیکن چونکہ انفیکشن پیدا کرنے والا مواد ہے اس لئے اس کے استعمال میں احتیاط کرنی چاہئے۔
- 3- ریجنٹ میں سوڈیم ایزوڈ محفوظ کرنے کے لئے ڈالا گیا ہے اس لئے اسے میو کس ممبرین (Mucus Membrane) پر نہیں لگانا چاہئے۔
- 4- جیسا کہ تمام تشخیصی طریقہ کار میں ایک ہی ٹیسٹ کے نتیجے پر انحصار کیا جاتا ہے اس لئے بیماری کی دوسری نشانیوں پر بھی ضرور توجہ دینی چاہئے۔

مردانہ مادہ منویہ کا تجزیہ

(Semen Analysis)

جب کسی شادی شدہ جوڑے میں بے اولادی کی وجوہات تلاش کی جاتی ہیں تو اس میں مردوں میں سب سے پہلا اور بنیادی ٹیسٹ منی (Semen) کا ہوتا ہے۔ سیمین (Semen) کے تجزیے میں درج ذیل چیزوں کا معائنہ کیا جاتا ہے:

- 1- سیمینل فلوئیڈ (Seminal Fluid) کی مقدار معلوم کی جاتی ہے۔
- 2- تازہ سلائڈ بنا کر گیلی سلائڈ میں حرکت کرنے والے سپرموں کی فیصدی تعداد اور دوسرے سیلز اور جراثیموں کو دیکھا جاتا ہے۔
- 3- سپرموں کی تعداد کو گنا جاتا ہے۔ اسے سپرم کاؤنٹ (Sperm Count) کہتے ہیں۔
- 4- رنگدار سلائڈ بنا کر صحت مند سپرموں کی فیصد تعداد کا اندازہ کیا جاتا ہے۔

(الف) نمونہ حاصل کرنا اور لیبارٹری تک پہنچانا:

- 1- مریض کو صاف خشک اور لیک نہ ہونے والی برتن (Container) دیں جو کہ عام طور پر زہریلے اثرات سے پاک پلاسٹک یا شیشے کا ہو سکتا ہے اور مریض کو نمونہ گھر سے لانے کو کہیں اور اسے ہدایت کریں کہ بیوی سے 3 تا 7 دن پرہیز کے بعد نمونہ لائے۔

نوٹ: اگر ایف۔ ایل یا کنڈوم (Condom) استعمال کیا جائے تو اسے پہلے اچھی طرح دھو کر ربر بڑ پر لگا ہوا پاؤڈر صاف کر لینا چاہئے اور مکمل خشک ہو جانے کے بعد استعمال کرنا چاہئے لیکن اکثر پرانی کتابیں اس کے استعمال سے منع کرتی ہیں کہ جو نمی سپرم ربر کے ساتھ لگتے ہیں تو مر جاتے ہیں۔

2- مریض کو کہیں کہ کنٹینر (Container) پر نمونہ لینے کا وقت لکھے اور اسے 2 گھنٹے کے اندر اندر لیبارٹری تک پہنچائے اور لیبارٹری تک لاتے وقت اس کا درجہ حرارت جتنا بھی ممکن ہو جسم کے درجہ حرارت کے قریب قریب ہونا چاہئے جو کہ (Container) کو پلاسٹک کے لفافے میں بند کر کے لانے والے شخص کے کپڑوں کی جیب میں رکھ کر لایا جائے تو یہ ممکن ہے۔

(ب) سیمن کا لیبارٹری میں معائنہ

1- سیمینل فلوئیڈ کی مقدار ماپنا:

ٹارل سیمینل فلوئیڈ جب نکلتا ہے تو گاڑھا اور لیس دار ہوتا ہے جو کہ فائبرینولائی سین (Fibrinolysin) کی موجودگی کی وجہ سے 30 منٹ میں پتلا ہو جاتا ہے اور جب یہ پتلا ہو جائے تو اسے ملی لیٹر (ml) کے نشان لگے ہوئے سلنڈر میں ڈال کر ماپ لیں۔ ٹارل نمونہ کی مقدار 1.5ml سے 5ml تک ہوتی ہے۔

2- حرکت کرنے والے سپرموں کی فیصد تعداد کا اندازہ لگانا:

پتلا ہو جانے والا سیمینل فلوئیڈ (Seminal Fluid) اچھی طرح مکس کر کے ایک ایک قطرہ دو یا تین جگہوں پر ڈالیں اور اوپر کور گلاس (Cover Glass) لگا کر سب کا علیحدہ علیحدہ معائنہ کریں اور اندازاً نوٹ کریں کتنے فیصد سپرم حرکت کر رہا ہیں۔ مائیکروسکوپ کا 40x والا لینز استعمال کریں اور مائیکروسکوپ کنڈینسر آؤس کو اس طرح سیٹ کریں کہ عکس واضح اور صاف نظر آئے۔ اگر سٹین (Stain) ایوسین (Eosin) جو کہ ایک قسم کا رنگ ہوتا ہے کا ایک ایک قطرہ ان پر ڈالیں گے تو زندہ سپرم رنگ نہیں پکڑیں گے جب کہ مردہ سپرم سرخ ہو جائیں گے عام طور پر ٹارل نمونے میں 70% سپرم حرکت کرتے ہیں۔ زیادہ تر نمونوں میں 80% تک بھی سپرم حرکت کرتے نظر آتے ہیں۔ سپرم کئی گھنٹوں تک حرکت کرتے رہتے ہیں۔ اگر لیوکوسائٹس (پیپ کے سیل) یا سرخ سیل نظر آئیں تو وہ بھی لکھیں۔ اگر پیپ کے

سیلز (Pus Cells) نظر آئیں تو گرام شین (Gram Stain) جو کہ ایک خاص قسم کا رنگ ہے دے کر نمونہ میں بیکٹریا بھی تلاش کریں۔

3- سپرم کاؤنٹ (سپرم کی تعداد گننا) (Sperm Count):

ملی لیٹر (ml) کے نشان لگی ہوئی ٹیوب یا چھوٹا سلنڈر استعمال کریں۔ سیمینل فلوئیڈ جو پتلا ہو چکا ہو، کو ایک ملی لیٹر (1ml) کے نشان تک ڈالیں۔ اس میں سوڈیم بائی کاربونیٹ (NaHCO_3) اور فارملین کا سلوشن ڈال کر 20 ملی لیٹر (20ml) تک لے جائیں اور اس میں سے ڈراپر (Pasteur Pipette) کے ذریعے فلوئیڈ لے کر اسے Burker یا Neubauer Ruled Chamber (ایک خاص قسم کی نشانات لگی ہوئی سلائیڈ) پر ڈال کر 3 تا 5 منٹ تک انتظار کریں تاکہ سپرم اپنی اپنی جگہ پر بیٹھ جائیں اور گلاس کور (Glass Cover) لگا کر مائیکروسکوپ پر $10\times$ کا لینز استعمال کریں اور کنڈینسر آئرس کو اتنا سیٹ کریں کہ عکس واضح اور صاف نظر آئے۔

2sq.mm میں آنے والے سپرموں کو گن لیں یعنی 2 بڑے خانوں کے اندر آنے والے سپرم اور سپرموں کی اس تعداد کو 100,000 سے ضرب دینے سے 1ml میں سپرم کی تعداد نکل آئے گی۔ نارمل نمونے میں 60 ملین تا 150 ملین سپرم فی ملی لیٹر تک ہوتی ہے۔

4- سپرموں کو شین کر کے معائنہ کرنا:

پتلے ہو جانے والے سیمینل فلوئیڈ کو اچھی طرح مکس کر کے فلوئیڈ کی سلائیڈ پر پتلی تہہ لگائیں۔ سلائیڈ کچھ خشک ہو تو 90% V/V تھینول (Ethenol) میں 5 تا 10 منٹ کے لئے فکس کر لیں پھر اس سلائیڈ کو سوڈیم بائی کاربونیٹ اور فارملین کے سلوشن سے ہاتھ لگائے بغیر دھوئیں تاکہ لگا ہوا فالتو مواد اتر جائے اور پھر اس کے اوپر کئی بار پانی ڈالیں۔

اس کے بعد کارمل فسن (Carbol Fuchsin) جو کہ ایک خاص قسم کا رنگ ہے ایک حصہ 20 حصے پتلا اوپر ڈال دیں اور تین منٹ تک پڑا رہنے دیں اور پھر پانی سے دھو دیں۔ اس کے بعد لوفر کا میتھامیلین بلیو (Loeffler's Methylene Blue) جو ایک قسم کا رنگ ہے۔ (ایک حصہ 20 حصے پتلا سلوشن) اس سلائیڈ پر 2 منٹ کے لئے ڈالیں اور پھر پانی سے فالتو رنگ دھو دیں اور ہوا میں خشک ہونے کے بعد معائنہ کرنے پر نتائج مندرجہ ذیل ہوں گے۔

سپرم کے سر کا نیو کلیمس	گہرا نیلا نظر آئے گا
سر کا سائٹوپلازم	پیلا ہٹ مائل نیلا نظر آئے گا
درمیانہ حصہ اور دم	گلابی سرخ نظر آئیں گے

تیار شدہ نمونے پر کور گلاس لگا کر اس پر آئل کی پتلی سی تہہ لگائیں۔ اس مقصد کے لئے کوئی بھی ٹرانسپیرنٹ تیل استعمال ہو سکتا ہے۔ لیکن عام طور پر سیڈار وڈ (Cedar Wood) آئل استعمال ہوتا ہے۔ اب $40 \times$ کا لینز استعمال کر کے نارمل اور اپنارمل سپرم کی اندازاً فیصد تعداد نکالیں۔

نارمل سپرم (Normal Spermatozoa):

یہ لمبائی میں $50 \mu m$ تا $70 \mu m$ تک ہوتے ہیں اور ہر ایک کا بیضوی سر ہوتا ہے جو کہ $3 \mu m \times 2 \mu m$ یا $6 \mu m \times 2 \mu m$ تک کا سائز ہوتا ہے اور درمیانہ حصہ چھوٹا ہوتا ہے اور پتلی اور لمبی دم ہوتی ہے۔

غیر نارمل سپرم (Abnormal Spermatozoa):

غیر نارمل سپرموں میں مندرجہ ذیل خرابیاں نظر آنا ممکن ہیں:

1- سر (Head):

- (i) سر یا بڑا ہو گیا بہت چھوٹا ہوگا۔
- (ii) شکل نارمل نہیں ہوگی۔
- (iii) نیوکلیئس میں خالی جگہ (Vacules) یا کرومٹین (Chromatin) بے ترتیبی سے بکھرے نظر آئیں گے۔
- (iv) دوسرے نظر آئیں گے۔

2- درمیانی حصہ (Middle Piece):

- (i) یا تو ہوگا نہیں یا پھر اس کا سائز بڑھا ہوگا۔
- (ii) دو حصوں میں بنا ہوا نظر آئے گا یعنی بائی فرکیٹڈ (Bifurcate) نظر آئے گا۔

3- دم (Tail):

- (i) دم یا تو نہیں ہوگی یا پھر اس کا سائز بہت چھوٹا ہوگا۔
- (ii) دو دم نظر آئیں گے۔

نوٹ: نارمل سیمینل فلوئیڈ میں اپنارمل سپرم 20% سے زیادہ نہیں ہونے چاہئیں۔

کاربل فکسن اور پولی کروم میتھامیلین بلیو کے ساتھ رنگ دینے سے سپرم کے حصے رنگدار نظر آتے ہیں۔

چھاتی کا ایکسرے (X-Ray Chest)

ایکسرے ایگزیمینیشن (X-Ray Examination):

سینے کے ایکسرے کا معائنہ اس لئے بہت اہم ہے کہ بہت سے مچھوٹے اور کچھ پھیلے ہوئے روشنی نہ گزار سکنے والے زخم مثلاً سارکائیڈوسس (Sarcoidosis) بھی جو کہ ممکن ہے کہ بظاہر کوئی جسمانی تبدیلیاں ظاہر نہ کر رہے ہوں کا پتہ لگایا جاسکتا ہے اور یہ ٹی بی اور پھیپھڑوں کے کینسر کی ابتدائی تشخیص میں بھی بہت اہم ہے۔ بہت سی سینے کی بیماریوں میں بیماری کے آثار چڑھاؤ کے اندازے کے لئے وقفہ وقفہ سے ایکسرے لئے جاتے ہیں۔ ایکسرے پڑھنے کے معیاری طریقہ کار کی چند بنیادی باتیں نیچے بیان کی جا رہی ہیں۔

ریڈیوگرافی (Radiography):

پوسٹیریئر/اینٹیریئر ویو (Posterior Anterior View) سینے کی عام معیار کی ایکسرے فلم پوسٹیریئر/اینٹیریئر ویو ہوتی ہے۔ جس کے لیتے وقت ایکسرے فلم مریض کے سینے کے سامنے ہوتی ہے اور ایکسرے ٹیوب مریض سے دو میٹر پچھلی طرف ہوتی ہے اور یہ ویو باکس پر لگا کر طریقہ کار کے مطابق دیکھی جاتی ہے۔ معائنہ کا سادہ ترین طریقہ کار نیچے بیان کیا گیا ہے۔

1- ہڈیوں کا پنجر (The Bony Skeleton):

ہڈیوں کا پنجر آیا کہ ایک جیسا ہے یا سکولی اوس (Scoliosis) یا ریڑھ کی ہڈی میں ٹیڑھا پن تو نہیں؟ پسلیوں کی ہڈیاں آپس میں بہت قریب یا ان میں وقفہ زیادہ تو نہیں؟ گردن کے مہرے نظر آ رہے ہیں؟ گردن کے مہرے یا پسلی کی ہڈیاں کسی جگہ سے کھائی ہوئی یا کٹی ہوئی نظر تو نہیں آ رہیں۔ ان پر خطرناک تلچھٹ (Deposit) اکٹھے تو نہیں ہو رہے ہیں؟

2- مریض کی پوزیشن (Position of the Patient):

مریض سیدھا کھڑا ہے یا ذرا سا گھوم کر کھڑا ہے؟ اگر سیدھا کھڑا ہے تو کلیوی کل (Clavicle) ہڈیوں کے اندرونی سرے ورتی برل کالم (Vertebral Column) کے ساتھ ہم آہنگ ہو کر ختم ہوتے ہیں۔

3- ٹریکیا کی پوزیشن (The Position of the Trachea):

یہ کالے رنگ کا ستون نما گردن کے مہروں پر نظر آتا ہے اور اپنے اندر ہوا کو ظاہر کرتا

ہے۔ مرکزی ہڈی کے دائرے (Cartilaginous Rings) نظر نہیں آتے ہیں آیا کہ یہ اپنی جگہ پر ہیں یا ادھر ادھر جھکے ہوئے ہیں؟

4- دل اور میڈی اسٹینم کی آؤٹ لائن یا بارڈر

(The Outline of the Heart and Mediastinum)

آیا کہ یہ سائز شکل اور پوزیشن میں نارمل ہیں؟ میڈی اسٹینم سے مراد دونوں پھیپھڑوں کی جھلیوں کو علیحدہ کرنے والے اعضاء اور عضلات پر مشتمل وہ حصے ہیں جو کہ سامنے کی سنترنم ہڈی سے کمر کی پچھلی طرف ورٹی برل کا لم تک جاتے ہیں اور یہ دل اس کی جھلیاں خون کی بڑی نالیوں کے بیس (Base) 'ٹریکیا اور برونکائی' ایوفیکس 'تحتائی مس گھینڈ' لمف نوڈ (Lymph Node) 'تھوریک ڈکٹ (Thoracic Duct) 'فیرنکس (Pharynx) اور ویکس نرو (Vagus Nerve) اور دوسرے اعضاء اور عضلات پر مشتمل ہے اور یہ ڈایا فرام سے اوپر کا حصہ ہوگا۔

5- ڈایا فرام (The Diaphragm):

کیا ڈایا فرام کا بارڈر دونوں اطراف سے نظر آ رہا ہے اور یہ پوزیشن اور شکل میں نارمل ہے؟ کارڈیوفریک اور کاسٹوفریک اینگل (Cardiophrenic or Costophrenic Angle) صاف نظر آ رہے ہیں؟

دل اور ڈایا فرام کا زاویہ	کارڈیوفریک
پسیلوں اور ڈایا فرام کا زاویہ	کاسٹوفریک

6- لنگ فیلڈز (Lung Fields):

ریڈیو لاجیکل مقاصد کے لئے لنگ فیلڈز (پھیپھڑوں کا علاقہ) کو تین حصوں میں تقسیم کیا گیا ہے۔

پہلا حصہ (اپر زون) (Upper Zone):

یہ آپکس (Apex) یا چوٹی سے شروع ہو کر سامنے کی طرف سے دوسری پہلی کے اختتام تک جہاں کوسٹل کارٹی لیج (Costal Cartilage) مرکزی ہڈی جو سنترنم اور پہلی کو جوڑتی ہے کے ساتھ چمکتی ہوئی لائن تک جو اس کے نیچے بارڈر کے ساتھ ساتھ گزرتی ہے۔

دوسرا حصہ (مڈ زون) (Mid Zone):

دوسری پسلی کے نچلے بارڈر سے کھینچی ہوئی لائن سے شروع ہو کر چوتھی پسلی کے نچلے بارڈر تک کھینچی ہوئی لائن تک جو کہ پھیپھڑوں کے ہائیلا (میڈی اسٹینم کی سطح پر دبی ہوئی جگہ جہاں سے بروئکس خون کی نالیاں اور نرو (Nerve) داخل ہوتی ہیں۔) پر مشتمل ہوتا ہے۔

تیسرا حصہ (لوئر زون) (Lower Zone):

چوتھی پسلی کے نچلے بارڈر پر کھینچی ہوئی لائن سے لے کر پھیپھڑوں کی نچلی تہوں تک۔ ہر حصے کے دونوں اطراف سے طریقہ کار کے مطابق معائنہ کیا جاتا ہے۔ اگر کسی حصہ میں کوئی گڑبڑ نظر آتی ہے تو اس کا احتیاط کے ساتھ دوسری طرف اسی حصہ کے ساتھ موازنہ کیا جاتا ہے۔ چھوٹا انٹر لوب فیشر (گہرا لیٹ) جو کہ دائیں پھیپھڑے کے اپر اور مل لوب کو علیحدہ کرتا ہے کبھی کبھار افقی انداز میں تیسری اور چوتھی پسلی کے درمیانی وقفہ میں دائیں طرف نظر آتا ہے۔ بڑا انٹر لوب فیشر جو کہ لوئر لوب کو بقیہ پھیپھڑے سے علیحدہ کرتا ہے۔ نارمل پوسٹیریر انٹیریر فلیم میں نظر نہیں آتا۔ ایکسرے کی نمایاں خصوصیات لوئر نمونیا، بروئکونمونیا سانس کی نالیوں کی رکاوٹ۔

چھاتی کا سائڈ ویو (X-Ray Chest side View):

سائڈ ویو پھیپھڑوں کے زخم کی جگہ کے صحیح مقام اور حد کی تشخیص کے لئے انتہائی ناگزیر ہے۔ پوسٹیریر انٹیریر فلیم دیں اس بات کا تعین نہیں کیا جاسکتا کہ شیڈ سینے کے اگلے حصے میں ہے یا پچھلے حصے میں یا اگر مڈ زون میں ہے یا اوپر والے اور نچلے لوب میں ہے نیچے معائنہ کا سادہ طریقہ دیا جا رہا ہے۔

- 1- ہڈیوں کا پنجر
- 2- ٹریکیا کی پوزیشن
- 3- ڈایا فرام

ڈایا فرام جیسا کہ ڈایا فرام کالیول دونوں سائڈوں میں مختلف ہوتا ہے۔ اگر فلیم بہت صاف ہوگی تو جس طرف فلیم زیادہ نزدیک ہوگی اس طرف باہر کی لائن ڈل بھی نظر آ سکتی ہے۔

4- لنک فیلڈ:

دو غیر واضح اور نسبتاً دھندلے علاقے دیکھے جاسکتے ہیں ایک حصہ اوپر اور پچھلی طرف اور دوسرا نیچے اور اگلی طرف کر کے جو کہ دل کی وجہ سے ہے جو کہ

ڈایا فرام کے اگلے حصے پر پڑا ہوا ہے۔ اس کے علاوہ دو واضح اور صاف علاقے ہیں۔ ~~میں~~ اور اگلی طرف کر کے سٹرنم ہڈی کے اوپر والے حصے کی پچھلی طرف اور دوسرا نیچے اور پچھلی طرف کر کے جس میں ڈایا فرام اور کمر کی ہڈی کے زاویے بھی شامل ہیں:

سائیڈ کے ویو میں انٹرلوب فشر (Interlobe Fissure) یعنی موجوں کے درمیانی لپیٹ اکثر نظر آ جاتے ہیں۔ ان کی پہچان زخموں کے یقین اور فائبروسس (Fibrosis) اور کوئپس (Collapse) کی وجہ سے پھیپھڑوں کے سکڑ جانے میں بہت ضروری ہے۔ سینے کی زیادہ گہری لی گئی پوسٹیر یوئیر فلم اور دائیں طرف کی سائڈ سے لی گئی فلم عام سٹینڈرڈ پوسٹیر یوئیر فلم کی نسبت زیادہ معلومات دے سکتی ہیں۔ دل کی فلم بائیں وینٹریکل کے پھیلاؤ کے بارے میں اتنی علامات نہیں دے سکتی جتنی دل کے والوز میں کیلیم جنے کے بارے میں ابتداء ہی میں وضاحت دے سکتی ہیں۔

نارمل کارڈیک آؤٹ لائن (Normal Cardiac Outline):

دل صراحی کی شکل کے شیشہ میں نیم شفاف پھیپھڑوں میں پڑا ہوا نظر آتا ہے۔ جس کا تقریباً 1/3 درمیان لائن کے دائیں طرف اور 2/3 بائیں طرف اور آپیکس (Apex) (چوٹی یا آخری کونہ) مڈکلیوی کلر لائن (Mid Clavicular Line) کے اندر ہوتا ہے۔ اس لئے آپیکس بیٹ (Apex Beat) بھی مڈ لائن سے 9 سینٹی میٹر بائیں طرف یا بائیں مڈکلیوی کلر لائن سے ایک سینٹی میٹر اندر یا دائیں طرف سنائی دیتی ہے۔

پوسٹیر یوئیر پوزیشن میں دل کا خاکہ جو کہ بائیں ایٹریم کے آؤٹ فلو کے اندازے کے لئے اور پلمونری آرٹری اور ایارٹا کا ٹیڑھا پن (Aortic Knuckle) کے مشاہدے کے لئے بہت ضروری ہے۔

1-دایاں بارڈر (Right Border):

نارمل کارڈیک شیڈ کا دایاں بارڈر اوپر سے نیچے کی طرف دو جگہ سے مڑا ہوا نظر آتا ہے یعنی دو جگہ پر ابھار نظر آتے ہیں۔

(i) کم ابھرا ہوا:

سپریر وینا کیوا (Superior Vena Cava) اور اوپر چڑھتی ہوئی ایارٹا (Ascending Aorta) کے باہر کے کنارے پر مشتمل ہوتا ہے۔

(ii) زیادہ ابھرا ہوا حصہ:

دائیں ایٹریم کے باہر کے کنارے پر مشتمل ہے اور جس کا نچلا کنارہ ڈایا فرام پر پڑا ہوتا ہے۔

2- بائیں بارڈر:

اوپر سے نیچے کی طرف پر مشتمل ہوتا ہے۔

(i) واضح ٹیڑھا پن:

ایارٹا کی محراب کا ہے جو کہ اس کے پچھلی طرف سے گزرتے ہوئے ذرا بائیں ہو کر نیچے کی طرف جاتے ہوئے بنتی ہے۔

(ii) سیدھی لائن:

پلموزی آرٹری کی ہے۔

(iii) بائیں ایٹریا:

بائیں ایٹریا کے ملحقات بھی بائیں بارڈر بناتے ہیں۔

(iv) لمبا موڑ:

یہ موڑ بائیں وینٹریکل کا ہے جو کہ ایکس (چوٹی) پر ختم ہوتا ہے جہاں یہ ڈایا فرام پر آ کر مکمل طور پر ختم ہوتا ہے۔ زیادہ واضح پوسٹیر یو انٹیریر فلم میں بائیں ایٹریم دیکھا جاسکتا ہے۔ خاص طور پر اگر بڑھا ہوا ہو اور ایارٹا خاص طور پر زیادہ واضح ہوتی ہے۔ پیری کارڈیم (Pericardium) اور والوز میں کیلسی فلکیشن (Calcification) بھی بعض اوقات نظر آ سکتی ہے۔ دائیں طرف سائیڈ سے لی ہوئی فلم والوز کی کیلسی فلکیشن کی جگہ کی صحیح نشاندہی کے لئے بہت اہم ہے اور ساتھ ہی دائیں وینٹریکلر ہائپرٹرائی (Right Ventricular Hypertrophy) کی تشخیص میں معاونت کرتی ہے جب کہ سامنے کی طرف موجود دائیں وینٹریکل سٹرنم کی ہڈی سے نارمل فاصلے سے زیادہ قریب نظر آتے ہیں۔

سام تبدیلیاں بیماری کی حالت میں

سینے میں دل کی پوزیشن:

مجموعی طور پر دل کا اپنی جگہ سے کھسکا پلورل ایفیوژن (پلورا میں لیکوئڈ جمع ہونا)

نیو موٹھوریکس (پلورامیں ہوا کا داخل ہونا) اور پھیپھڑوں کے فائبروسس میں نظر آتا ہے۔ گیس کی وجہ سے معدے کے پھول جانے سے یا موٹاپے کی وجہ سے دل ڈایا فرام سے اوپر اٹھ جاتا ہے اور یہی وجہ آپیکس (Apex) بھی اوپر اٹھانے کا باعث بنتی ہے۔ عام قسم کے سکولی اوس (Scoliosis) کمر کی ہڈی کا دائیں طرف ابھرا ہوا ہونا کی وجہ سے بھی زیادہ تر دل بائیں طرف کھسک جاتا ہے اور تنگ چھاتی میں دل اکثر درمیان میں پڑا ہوا چھوٹا اور لمبوترسا نظر آتا ہے۔

دل کا سائز اور شکل:

دل کے شیڈ کا معائنہ اس کا مجموعی سائز بتا سکتا ہے لیکن اس بات کا اندازہ لگانا مشکل بھی ہو سکتا ہے کہ واقعی دل کا کون سا خانہ بڑھا ہوا ہے۔ بائیں وینٹریکل کے بڑے ہو جانے میں جیسا کہ ایارٹک مالو کی بیماری یا ہائی بلڈ پریشر میں ہو سکتا ہے اور نیچے ڈایا فرام کی طرف ٹیڑھا ہو کر جاتا ہے ایک واضح ابھار نظر آتا ہے جو کہ ڈایا فرام کے ساتھ زاویہ قائمہ بناتا ہے۔ لیکن دائیں وینٹریکل کی اتلار جمنٹ (بڑھ جانا) میں آپیکس (دل کا انتہائی بائیں جانب چوٹی نما حصہ) کا کنارہ ڈایا فرام سے اوپر اٹھ جاتا ہے اور دل کا شیڈ ڈایا فرام کے ساتھ زاویہ قائمہ سے کم زاویہ بناتا ہے۔ عام طور پر وینٹریکل کے حجم کے بڑھ جانے (سائز بڑھ جانا) کی نشاندہی تو ممکن ہے لیکن اس بات کا صحیح اندازہ لگانا مشکل ہوتا ہے کہ دل کا کون سا خانہ اس کا ذمہ دار ہے۔

مائٹل والو کے تنگ ہو جانے میں بائیں ایٹریا کے ملحقہات کا دل کے بائیں کنارے کے ساتھ ابھر جانے کا خاکہ دیا گیا ہے اور نیچے مائٹل والو کے تنگ ہو جانے (Mitral Stenosis) کے ایکس رے میں دل کے بائیں کنارے کا مخصوص ابھار نظر آ رہا ہے جو کہ بائیں ایٹریم کی اتلار جمنٹ کی وجہ سے ہے۔

بائیں ایٹریم کی اتلار جمنٹ دیکھنے کے چار طریقے ہیں جس سے اس کی تشخیص کی جاسکتی ہے۔

(i) بائیں ایٹریم کی ملحقہات:

بائیں ایٹریم کے ملحقہات کا ڈل کے بائیں کنارے کے ساتھ ساتھ واضح ہوتا۔

(ii) دائیں ایٹریم:

میں سے ایک عکس ڈبل سا نظر آتا ہے یہ بڑھے ہوئے بائیں ایٹریم کا دم نما کنارہ ہے لیکن یہ نیچے ڈایا فرام تک نہیں جاتا جیسا کہ دایاں ایٹریم جاتا ہے۔

(iii) بڑی یا مین بروئکس:

یاسانس کی بڑی تالی اوپر کی طرف اٹھ جانے کی وجہ سے افقی ہو جاتی ہے۔

(iv) خوراک کی تالی:

کی وضاحت کے لئے بیریم (Barium) کا نوالہ کھلا کر لی گئی فلم میں خوراک کی تالی پر بیرونی دباؤ ظاہر ہوتا ہے جو کہ بائیں ایئریم کی اٹلار جمنٹ کی وجہ سے ہوتا ہے۔

ایارٹا کی شکل اور سائز:

اوپر کی طرف چڑھتی ہوئی ایارٹا کا پھیلاؤ ایک اہم نقص ہے۔ یہ ایارٹا کی دیوار میں میڈیا کی کمزوری کی وجہ سے ہوتا ہے۔ مارفن سنڈروم (Marfan Syndrome) کے مریضوں میں ایارٹا کے اندرونی حصے میں میڈیا کے گلنے کی وجہ سے زیادہ تر سسٹ (Cyst) کی شکل میں گلان سٹران ایارٹا میں شدید پھیلاؤ کا باعث بنتی ہے۔ عام طور پر نہ پائی جانے والی ایک وجہ سفلٹک ایارٹائیٹس (Syphilitic Aortitis) یا مرض آتشک کی وجہ سے ایارٹا کی سوزش بھی ہے۔ قطع نظر ایارٹک والوز کی کسپس (Cusps) یا والوز کے ٹکڑے میں گڑبڑ کی وجہ سے ایارٹک ان کمپی ٹینس (Aortic Incompetence) ایارٹک والوز کا صحیح کان نہ کرنا ہونے کی وجہ سے ایارٹا کا راستہ ملوث ہونے سے بھی ایارٹا کا پھیلاؤ ہو سکتا ہے۔ دوران خون میں رکاوٹ بھی نتیجتاً رکاوٹ والی جگہ سے آگے پھیلاؤ کا باعث بنتی ہے۔

ایارٹک والوز کے تنگ ہو جانے والے مریضوں میں تنگ ہو جانے والی جگہ سے آگے چڑھتی ہوئی ایارٹا (Ascending Aorta) میں پھیلاؤ ہو جاتا ہے۔ جو کہ خاص طور پر ایارٹک والوز سے پہلے دو یا تین انچ پر آسانی سے دائیں طرف ایارٹک شیڈ و سے سینے کے ایکسرے میں پہچانا جاسکتا ہے۔

ایارٹا کا کھل جانا:

ایارٹا کا کھل جانا چڑھتی اور اترتی ہوئی ایارٹا دونوں کو متاثر کرتا ہے۔ جو کہ اکثر بلڈ پریشر کی زیادتی کے مریضوں میں دیکھنے میں آتا ہے۔

سپیریر وینا کیوا:

دائیں وینٹریکل فیلووز میں سپیریر وینا کیوا کا شیڈ و عام حالات کی نسبت زیادہ واضح نظر آتا ہے۔

پلمونری آرٹری:

بڑی پلمونری آرٹری پلمونری بلڈ پریشر میں پھیل جاتی ہے۔ پلمونری والو کے تنگ ہو جانے کی وجہ سے تنگی والی جگہ کے آگے نتیجتاً پھیلاؤ ہو جاتا ہے جو کہ ایکسرے میں بڑی پلمونری آرٹری کے پھیلاؤ سے پہچانا جاتا ہے۔

پلمونری ویسکولچر:

بائیں ایٹریل پریشر بڑھنے کی چار اہم نشانیاں ہیں:

1- ہائیلا (Hila):

پر پلمونری ویسل کا واضح عکس (شیڈ)

2- کرلی B لائنز (Kerly's B Lines):

یہ چھوٹی افقی لائیں ہیں جو کہ پھیپھڑوں کے بیس (Base) سے نکل کر پھیپھڑوں کے کناروں کی طرف باہر کو جاتی ہیں۔

3- ائیرلوب کی وینیں:

ایرلوب کی وینیں عام حالات کی نسبت زیادہ واضح ہوتی ہیں۔

4- بشدید پلمونری اڈیما:

میں پھیپھڑوں کے عضلات کے درمیانی حصہ کا عکس پھیلا ہوا دھندلا سایا چمکادڑ کے پروں جیسا نظر آتا ہے۔ اسے بیٹ ونگ اپیئرنس (Bat Wing Appearance) بھی کہتے ہیں۔ یہ اندازہ لگانا بالکل غلط ہے کہ یہ تبدیلیاں صرف بائیں وینٹریکلر فلیور کی وجہ سے ہی ہیں۔ یہ بائیں ایٹریل پریشر کے بڑھ جانے کی وجہ سے بھی ہو سکتی ہیں۔ جو کہ مائٹریل والو کے تنگ ہو جانے کی صورت میں یا خون واپس لیک کر جانے کی صورت میں ہو سکتا ہے۔ یہ بائیں ایٹریل مگسوما (Left Atrial Myxoma) یا ریمک والو کی بیماری یا بائیں وینٹریکل کی ابتدائی بیماری میں بھی ہو سکتا ہے جب پلمونری بلڈ فلو بڑھ جاتا ہے تو پلمونری آرٹری کی بڑی شاخیں سائز میں بڑھ جاتی ہیں جسے پلمونری پلےتھورا (Pulmonary Plethora) کہتے ہیں۔ یہ اس وقت ہوتا ہے جب بائیں سے دائیں طرف خون آپس میں یا وینٹریکلز کا خون آپس میں لیک کر رہا ہو۔ مثلاً جب بائیں سے دائیں طرف خون آپس میں یا وینٹریکلز کا خون آپس میں لیک کر ایٹریم کے درمیانی پردوں میں سوراخ (Atrial Septal Defect) یا وینٹریکلز آپس میں لیک کر

جائے۔ Ventricle Septal Defect یا پلمونری آرٹری ایارٹا کے ساتھ براہ راست واضح طور پر ملی ہوئی ہو۔ Patent Ductus Arteriosus یہ خاص طور پر اس وقت واضح ہوتا ہے جب کچھ شخصیں ہائلم کے پاس ختم ہو رہی ہوں۔ اس کے برعکس ٹیڑا الو جی آف فیملس (Tetralogy of Fallots) میں پھیپھڑوں کے علاقے میں خون کی ٹالیاں غیر نمایاں ہوتی ہیں۔ اسے پلمونری اولیگیمیا (Pulmonary Oligoemia) کہتے ہیں۔

ایڈز کا ٹیسٹ (Aids Test)

ایڈز کے لئے Fujireblo Inc کمپنی جاپان کی بنی ہوئی کٹ سیروڈیا ایچ ای وی (Serodia HIV) کے نام سے ملتی ہے۔ اس ٹیسٹ میں ذرات کی پھٹیاں بننے کے عمل سے HIV کی اینٹی باڈیز کا پتہ چلایا جاتا ہے۔

ٹیسٹ کے اصول:

سیروڈیا HIV کے ریجنٹ کے ترکیبی عناصر جیلے ٹن (Gelatin) کے ذرات کمزور HIV (ہیومن امینوڈیفی ٹنسی وائرس) کے اینٹی جن ساتھ لئے ہوتے ہیں۔ جو کہ خالص HIV کو ڈٹرنٹ کے ساتھ ناکارہ کرنے کے عمل سے حاصل کئے جاتے ہیں۔ پارٹیکل لیگلوٹیشن (Particle Agglutination) ٹیسٹ کی طرح سیروڈیا کے اصول بھی ان ناکارہ کئے ہوئے یا سینسائزڈ (Sensitized) پارٹیکل کا پلازما کے نمونہ میں موجود HIV کی اینٹی باڈیز کے ساتھ عمل کر کے پھٹیاں (لیگلوٹیشن) بناتا ہے۔

یہ HIV وائرس پیدا کرنے والے سیلز لائن کے کلچرل فلوئیڈ کے گاڑھے پن سے تیار کئے جاتے ہیں اور سکروز پر عمل کے دوران آہستہ آہستہ سینٹری فیوج بڑھا کر تقریباً 1.16gm/cm کے گاڑھے پن (یا کثیف کر کے) تک اکٹھے کر لئے جاتے ہیں۔

سیروڈیا کٹ میں 100 ٹیسٹوں کے لئے مہیا ریجنٹ اور لوازمات

ریجنٹ زیادہ سے زیادہ 100 ٹیسٹ	دوبارہ تیار کرنے والا سلوشن (مائع)	سیرم پتلا کرنے والا (مائع)	سلفائزڈ پارٹیکل لائن سلفائزڈ پارٹیکل (خشک)	پازیو کنٹرول (مائع)
100 ٹیسٹ	10ml ایک شیشی	20ml ایک شیشی	0.6ml 5 شیشیاں	1.0ml 5 شیشیاں
0.5ml ایک شیشی				

1- دوبارہ تیار کرنے والا سلوشن مندرجہ ذیل پر مشتمل ہوتا ہے۔

سوڈیم ڈائی فاسفیٹ (ڈائی بیسک (Dibasic

سوڈیم فاسفیٹ (مونو بیسک (Monobasic

سوڈیم کلورائیڈ اور سوڈیم ایزائیڈ (Azide) سلوشن

جو کہ سنسائزڈ (Sensitized) اور ان سنسائزڈ (Unsensitized) پارٹیکل کو دوبارہ

تیار کرنے یا ٹیسٹ کے لئے تیار کرنے کے لئے ہوتا ہے۔

2- سیرم ہلکا کرنے والا مائع مندرجہ ذیل چیزوں پر مشتمل ہوتا ہے۔

سوڈیم فاسفیٹ (ڈائی بیسک (Dibasic

پوٹاشیم فاسفیٹ (مانو بیسک (Monobasic

سوڈیم کلورائیڈ اور سوڈیم ایزائیڈ سلوشن

یہ مائع نمونے کو پتلا کرنے کے لئے استعمال ہوتا ہے۔

سیرم سے مراد خون کا وہ صاف حصہ ہوتا ہے جو کہ خون کے جمنے کے بعد خون سے علیحدہ

ہو جاتا ہے۔

3- سنسائزڈ پارٹیکل (عکس پذیر ذرات) مندرجہ ذیل پر مشتمل ہوتے ہیں۔ یہ خشک شکل

میں خاص طور پر تیار شدہ جیلے ٹن پارٹیکل (ذرات) جنہیں غیر موثر HIV اینٹی جن سے

سنسائزڈ کیا ہوا ہوتا ہے۔

اسے تیار کرنے کے لئے مقررہ مقدار میں تیار کرنے والا سلوشن اس میں استعمال کے

وقت ملائیں۔ دوبارہ تیار کرنے والا سلوشن غیر موثر HIV اینٹی جن سے سنسائزڈ کئے ہوئے

1% جیلے ٹن پارٹیکل پر مشتمل ہوتا ہے۔

4- ان سنسائزڈ پارٹیکل:

براؤن خشک جیلے ٹن پارٹیکل کا تیار شدہ پاؤڈر استعمال سے پہلے مقررہ مقدار میں تیار

کرنے والا سلوشن ملائیں۔

5- یاز یٹو کنٹرول:

غیر موثر HIV اینٹی جن خرد گوش کے سیرم پر ایمون کی ہوئی اینٹی باڈی کا 1:128 پری

ایکشن (Titer) دیکھنے کے لئے جب نمونے کو ٹیسٹ کرنے والے طریقے کار کے مطابق ٹیسٹ

کیا جائے۔

نوٹ: 2ul کے دو عدد ڈراپر ساتھ گٹ میں موجود ہیں جو کہ سفدا نرڈ اور ان سفدا نرڈ پارٹیکل کو علیحدہ علیحدہ تیار کرنے کے لئے استعمال ہوتے ہیں اور سفدا نرڈ اور ان سفدا نرڈ پارٹیکل کو ٹیسٹ سے 30 منٹ پہلے تیار کریں۔

تیاری:

مندرجہ ذیل ایبارٹری کے آلات ٹیسٹ سے پہلے تیار کریں۔

- 1- یو "U" شکل کی مائیکرو پلیٹیں
- 2- پینٹ ڈراپر (مائع کی مخصوص مقدار ٹرانسفر کرنے والا) 25ul (0.0025ml)
- 3- چھوٹی پیپس (مخصوص مقدار ٹرانسفر کرنے والی شیشے کی ٹیوبیں) جن کے آگے سے منہ ترچھا بنا ہوا ہو۔
- 4- یہ سب چیزیں 25ul نمونے کی تیاری اور ہلکا کرنے کیلئے اور 50ul ایزرویشن پرو-سجر کے لئے نمونہ تیار کرنے کے لئے استعمال ہوتی ہیں۔

حجم ماپنے والی پیپس:

1.0ml، 5.0ml اور 10.0ml سلوشن دوبارہ تیار کرنے کے لئے استعمال ہوتی ہیں۔
اگر 25ul (0.02ml) کے ڈائی لیوٹر (Diluter) یعنی ہلکا کرنے والے مائیکرو پیٹ (مخصوص مقدار میں مائع ماپنے والی) کی جگہ استعمال کئے جا رہے ہوں تو احتیاط نمبر 5 کو مد نظر رکھیں۔

5- ڈراپر:

- 25ul اندازاً (دوبارہ تیار شدہ سفدا نرڈ اور ان سفدا نرڈ پارٹیکل کو ملانے کے لئے)
- 6- ٹرے مکسر (آٹومیٹک وائبریری ٹیکر)
- 7- ٹرے ویوئر (Tray Viewer)

ٹیسٹ کا طریقہ کار:

سیرم یا پلازما میں سرخ سیلز اور دوسرے واضح نظر آنے والے اجزاء کو سینٹری فیوج کر کے علیحدہ کر لینا چاہئے تاکہ وہ ٹیسٹ پر اثر انداز نہ ہو سکیں۔ سیرم بے اثر کرنا ضروری نہیں۔

ٹیسٹ کرنا:

- 1- سیرم ڈائیلوٹ کے 3 قطرے (75ul) ٹرے میں بنی ہوئی یو "U" شکل کی مائیکرو پلیٹ

میں جگہ نمبر 1 میں ڈالیں اور ایک قطرہ (25 ul) جگہ نمبر 2 اور 3 میں کیلی بربنڈ (Calibrated) پمپ ڈراپ استعمال کرتے ہوئے ڈالیں۔

2- پھر (25ul) ایک قطرہ سیرم کا جگہ نمبر 1 میں مائیکروپمپ استعمال کرتے ہوئے ڈالیں اور مائیکروپمپ کو بھر کر واپس نکالنے کا عمل تین یا چار بار دہرائیں تاکہ جگہ نمبر 1 میں پہلے سے پڑا ہوا فلوئید اچھی طرح مل جائے۔ پھر مائیکروپمپ کو 25ml یا ایک قطرہ اس ہلکے کئے ہوئے سلوشن سے بھر لیں اور جگہ نمبر 2 میں ڈال دیں اور وہی طریقہ استعمال کرتے ہوئے اچھی طرح مکس کر لیں اور پھر پچھلا طریقہ استعمال کرتے ہوئے اسی جگہ نمبر 3 میں منتقل کر دیں اور اسی طرح مکس کریں تاکہ 2n کا ڈائی لیوشن (ہلکا پن) حاصل ہو جائے۔

3- ان سنسٹائزڈ پارٹیکل کا ایک قطرہ (25ul) جگہ نمبر 2 اور ایک قطرہ (25ul) سنسٹائزڈ پارٹیکل جگہ نمبر 3 میں ڈالیں کٹ میں مہیا کئے گئے ڈراپ کی مدد سے علیحدہ علیحدہ ڈراپ استعمال کریں۔

4- ٹرے مکسر استعمال کرتے ہوئے (آٹومیٹک وائبریریٹری شیکر) اجزاء کو مکس کریں اور پھر پلیٹ کو بند کر دیں اور اسے ہموار سطح پر کمرے کے درجہ حرارت پر 15c تا 25c تک دو گھنٹے کے لئے رکھیں اور نمونے کی شکل کو پڑھیں۔

ٹیبل نمبر 1 ٹیسٹ کا طریقہ کار

جگہ نمبر	1	2	3	
سیرم ہلکا کرنے والا (UI)	75	25	25	ضائع
سیرم کا نمونہ (UI)	25	25	25	
سیرم کا ہلکا پن ان سنسٹائزڈ پارٹیکل (UI)	1:4	1:8	1:16	
سنسٹائزڈ پارٹیکل (UI)		25	25	
ماحول ہلکا پن (Final Dilution)				

نوٹ: ٹرے مکسر استعمال کر کے ہلائیں (آٹومٹک وائبریریٹری ٹھیکر) ٹرے کا منہ بند کر کے 2 گھنٹے تک پڑا رہنے دیں۔

کنٹرول ٹیسٹ:

1- یہ کنفرم کر لیں کہ یہ نمونہ اور ان سسٹائزڈ پارٹیکل (ما حاصل ہلکے پن 1:6 پر) منفی نتیجہ دیتا

ہے۔ (Negative)

2- سیرم ڈائی لیونٹ کا مکسر چاہے سسٹائزڈ پارٹیکل کے ساتھ ہو یا ان سسٹائزڈ پارٹیکل کے ساتھ اسے کوئی ری ایکشن نہیں دینا چاہئے یعنی بار بار چیک کرنے پر بھی نتیجہ منفی ہونا چاہئے۔ (ریجنٹ کنٹرول)

3- یہ کنفرم کریں کہ پازیٹو کنٹرول سیرم کاری ایکشن 1:28 تک کے ہلکے پن پر ٹیسٹ کرنے کے دوران ری ایکشن دے گا اور ہر دفعہ چیک کرنے پر یکساں نتیجہ ہوگا۔

ٹیبیل نمبر 2 کنٹرول ٹیسٹ کا طریقہ کار

جگہ نمبر	1	2	3	4	5
سیرم ہلکا کرنے والا (UI)	75	25	25	25	25
سیرم کا نمونہ (UI)	25	25	25	25	25
سیرم کا ہلکا پن	1:4	1:8	1:16	1:32	1:64
ان سسٹائزڈ پارٹیکل (UI)		25			
سسٹائزڈ پارٹیکل (MI)			25	25	25
ما حاصل ہلکا پن	1:16	1:32	1:64	1:128	

نوٹ: ٹرے مکسر استعمال کر کے ہلائیں ٹرے کا منہ بند کر کے 2 گھنٹے تک پڑا رہنے دیں۔
تشریح:

مائیکرو پلیٹ کو آہستگی سے ٹرے ویور پر رکھیں اور ان ڈائریکٹ لائٹ دے کر پھایاں نہ بنانے والے نمونے کا ریجنٹ کنٹرول کے ساتھ موازنہ کریں اور ٹیسٹ پر ویسجر ٹیبیل نمبر 3 کے مطابق تشریح دیکھیں۔

ٹیبل نمبر 3

تشریح	ریڈنگ	ذرات (پارٹیکل) کا اکٹھا ہونے کا نمونہ
منفی	(-)	ذرات کا پلیٹ کے مرکز میں بننے کی شکل میں اکٹھا ہو جانا اور باہر کے کنارے ہموار اور شیخ گواائی میں ہوں
غیر واضح (غیر مطمئن)	(+)	ذرات کا چھوٹے صاف طرح سے بنے ہوئے دائرے کی شکل میں اکٹھا ہو جانا اور اس کے باہر والے کنارے کا ہموار اور گواائی میں ہونا
مثبت	(++)	واضح بڑا دائرہ جس کا باہر کا کنارہ کھردرا اور مختلف شکلوں میں ہوا اور اس کے ارد گرد پھٹیاں بنی ہوئی ہوں
مثبت	(+++)	پھٹیاں تہوں کی شکل میں باہر کے کور تک اور جگہ کی گہرائی تک ایک جیسی ہوں

جن نتائج کے متعلق وضاحت نہ ہو سکے (+) غیر مطمئن نتیجہ ہو تو اسے ٹیسٹ کے طریقہ کار ٹیبل نمبر 1 کے مطابق دوبارہ چیک کریں اور نتیجہ نمبر 3 کے مطابق پڑھیں اور اگر دوبارہ بھی نتیجہ (+) غیر مطمئن ہو تو دوسرے طریقے سے ٹیسٹ کر کے نمونے کا واضح نتیجہ حاصل کرنا چاہئے۔

تشریح کا معیار:

ٹیسٹ کے عمل کے دوران اگر کوئی نمونہ ان سسٹائزڈ پارٹیکل کے ساتھ منفی نتیجہ دے (1:16 کی فائل ڈائی لیوشن میں) لیکن سسٹائزڈ پارٹیکل کے ساتھ پھٹیاں بنائے۔ (1:32 کی فائل ڈائی لیوشن یا زیادہ میں) تو اسے مثبت نتیجہ گنا جاتا ہے۔

انجذاب کے طریقہ کار پر ٹیسٹ:

اگر سیرم سسٹائزڈ اور ان سسٹائزڈ پارٹیکل دونوں کے ساتھ پھٹیاں بنائے تو نیچے دیے گئے انجذاب کے طریقہ کار (Absorption Procedure) کے مطابق دوبارہ ٹیسٹ کرنا چاہئے۔

1. ایک قطرہ (25ul) سیرم ڈائی لیوشن کا جگہ نمبر 3 ٹرے میں ڈالیں۔
2. 0.35ml دوبارہ تیار کئے گئے ان سسٹائزڈ پارٹیکل کو چھوٹی ٹیسٹ ٹیوب میں ڈالیں۔
3. 0.05ml نمونہ ٹیسٹ ٹیوب میں ڈالیں اور اسے اچھی طرح ٹیوب مکر استعمال کرتے ہوئے ملائیں اور کمرے کے درجہ حرارت پر (15c تا 25c) پر 20 منٹ کے لئے رکھیں

- اور اس وقت کے دوران ایک یا دو مرتبہ مائیکرو پلیٹ ہاتھ سے اچھی طرح ہلادیں۔
- 4- 2000 راونڈ فی منٹ پر پانچ منٹ تک سنٹری فیوج کریں اور اوپر اکٹھا ہونے والا میٹرل (1:8 کی سیرم ڈائی لیوٹن اپنے اندر جذب کیا ہوا میٹرل) احتیاط سے علیحدہ کریں اور اس کا 50ul جگہ نمبر 2 میں ڈالیں۔
- 5- مائیکرو پلیٹ استعمال کرتے ہوئے بھرنے اور خالی کرنے کے عمل تین یا چار مرتبہ کرتے ہوئے جگہ نمبر 2 کے میٹرل کو مکس کر لیں اور پھر اس ڈائی لیوٹن ہلکے کئے ہوئے سلوشن میں سے 25ul مائیکرو پپٹ کے ذریعے جگہ نمبر 3 میں ڈالیں اور وہی مکس کرنے والا عمل دہرائیں تاکہ 2n کی ڈائی لیوٹن حاصل ہو جائے۔
- 6- اس کے بعد ٹیسٹ کرنے کے طریقہ کار کے مطابق چلیں اور نتیجہ پڑھیں۔

احتیاطیں

(a) طریقہ کار کی احتیاطیں:

- 1- مائیکرو پلیٹ کے اجزاء کو اچھی طرح مکس کریں تاکہ ٹیسٹ کے اچھے نتائج ملیں۔
- 2- مائیکرو پلیٹ کو ہلنے جلنے نہ دیں اور اسے بند (کور) کر کے رکھیں۔
- 3- اس کٹ میں مہیا کئے گئے ریجنٹ کے نتائج کو کوالٹی کا انحصار Fastec کی یو "U" شکل کے ساتھ مہیا کی گئی مائیکرو پپٹ کے استعمال پر ہے۔
- 4- اگر مائیکرو پپٹ کی جگہ مائیکرو ڈائی لیوٹن نمونے کو ہلکا (Dilute) کرنے کے لئے استعمال کر رہے ہوں تو مندرجہ ذیل طریقہ کار اچھے نتائج حاصل کرنے کے لئے انتہائی ناگزیر ہو جاتا ہے کہ ہر نمونے کو پرکھنے سے پہلے ڈائی لیوٹن کی ٹپ یا منہ 5 تا 10 سیکنڈ کے لئے گرم کریں۔ اوکسی ڈائزنگ اور رڈیوسنگ شعلے پر گیس برنز پر مناسب حرارت پر (پھر اچھی طرح ٹھنڈا کریں اور استعمال سے پہلے نارمل سیلائن یا ڈسٹلڈ واٹر میں کنگھال لیں اور استعمال سے بعد ڈائی لیوٹن کی ٹپ یا نوک یا منہ کو برنز پر گرم کریں اور ٹھنڈا ہونے دیں اور پھر 2% گلوٹریلڈی ہائیڈ (Glutaraldehyde) سلوشن میں آلودگی سے پاک کرنے کے لئے دالیں اور پھر خشک کر لیں اور ہر بار استعمال سے پہلے پانی میں کھنگالیں شعلے پر گرم کریں اور ٹھنڈا کریں اور پھر ڈسٹلڈ واٹر یا نارمل سیلائن میں بھگو لیں۔
- 5- تمام استعمال شدہ اشیاء ٹول (مثلاً پپٹ اور ٹیوبیں) بچا ہوا سلوشن اور کوڑا کرکٹ پھینکنے کی جگہ کاغذ وغیرہ کو احتیاط سے ادھر ادھر کریں کیونکہ یہ HIV، HBV یا دوسرے وائرس

سے آلودہ ہو سکتے ہیں۔ آلودگی سے پاک کرنے کے لئے گلوٹر یلڈی ہائیڈ سلوشن 25% میں 30 تا 60 منٹ رکھیں یا 1% سلوشن میں تمام رات رکھیں یا آنو کلیونگ میں 121°C پر 20 منٹ یا 115°C پر 30 منٹ رکھیں یا جا کر با اکل را کھ کر دیں

(b) استعمال کی احتیاطیں:

- 1- HIV کی اینٹی باڈی مثبت کیس میں پھر بھی دوبارہ کنفرمیٹری ٹیسٹوں کی ضرورت ہوتی ہے۔ مثلاً دوسرے قابل اعتماد ٹیسٹوں کے طریقہ کار کی مثلاً ویسٹرن بلاٹ ان ڈائر ایکٹ فلوری سڈٹ اینٹی باڈی ٹیسٹ ریڈیو امینو ڈیفنی شنسی ٹیسٹ Aids ایکوارڈ امینو ڈیفنی شنسی سنڈروم کی حتمی اور واضح تشخیص کے لئے سیلو پر فنکشن ٹیسٹ برائے امیونٹی (Immunity) کے معائنے اور کلینکل نشانیاں بہت ضروری ہیں۔
- 2- اگرچہ پارٹیکل پر کوٹ کئے ہوئے وائرس اینٹی جن انفیکشن نہیں دے سکتے لیکن پھر بھی اس سے HB وائرس کی طرح ہی احتیاط کرنی چاہئے۔
- 3- سوڈیم ایزائیڈ (Serodia HIV) میں اینٹی سپینک کے طور پر استعمال کیا گیا ہے۔ لیک کئے ہوئے فلوئیڈ کو کافی مقدار میں پانی سے صاف کرنا حفاظتی لحاظ سے بہت بہتر ہے۔
- 4- کٹ کو 2 سے 10 سینٹی گریڈ کے درمیان رکھنا چاہئے لیکن اسے فریز نہ کریں اس طرح کٹ قابل استعمال نہیں ہے۔
- 5- باہر کا پیکٹ نہ کھلے تو سیروڈیا کٹ بنانے کی تاریخ سے ایک سال تک کارآمد ہوتی ہے۔ نوٹ: جب تک لیبارٹری کے پورے لوازمات اور ٹیسٹ کے درمیان کی سخت احتیاطیں اور ٹیسٹ کرنے والا کو ایفائیڈ نہ ہو تو یہ ٹیسٹ نہیں کرنا چاہئے کیونکہ اس سے HIV انفیکشن کا خطرہ ہوتا ہے۔

خون کا مکمل ٹیسٹ

(Complete Blood Examination)

مریضوں سے خون حاصل کرنا (Collection of Blood):

وینس بلڈ (Venous Blood):

خنگ سٹرلائزڈ سرنج سے وین (Vein) سے حاصل کیا ہوا خون لینے کے کتنی دیر بعد

زیادہ سے زیادہ دیر تک معائنہ کیا جاسکتا ہے۔

24 گھنٹے	(Haemoglobin)	برائے معائنہ ہیموگلوبن
24 گھنٹے	(R.B.C)	آر۔بی۔سی
3 گھنٹے	(Sedimentation)	تلیجھٹ
3 گھنٹے	(Fragility)	کمزوری یا فرے جلیٹی

خون کو جمنے سے روکنے والی ادویات (Anti Coagulants):

1- ڈائی سوڈیم یا ڈائی پوٹاشیم ایتھا ملین ڈائی امین ٹیٹرا ایسٹک ایسڈ

(Disodium Ethylene Diamine Tetra Acetic Acid)

2- امونیم اینڈ پوٹاشیم آگزالیٹ مکسر

(Ammonium and Potassium. Oxalate Mix)

3- سوڈیم سٹریٹ (Sodium Citrate)

4- ہپارین (Heparin)

5- کپیلری بلڈ (Capillary Blood)

اس میں یا تو انگلی میں سوئی چبھو کر یا کان کے لوب سے یا انگلی کے ناخن اور پہلے جوڑے بچوں میں پاؤں کے انگوٹھے یا ایڑھی سے لیا جاتا ہے۔

ہیموگلوبن کا اندازہ لگانا (Heamoglobin Estimation):

ہیموگلوبن کا اندازہ کرنے کے لئے سب طریقوں کا اصول یہ ہے کہ رنگ کا مناسب شینڈرڈ سے موازنہ کیا جاتا ہے۔ مقابلہ براہ راست نظر (Direct Vision) سے فوٹومیٹر سے کیا جاتا ہے یا فوٹوالیکٹرک کلوری میٹر سے۔

ساحلیز ایسڈ ہیماٹن کا طریقہ (Sahli's Acid Hematin Method):

ہیموگلوبن کو ایسڈ ہیماٹن میں ہلکے ایسڈ سے پتلا کر کے تبدیل کیا جاتا ہے۔
طریقہ: درجہ دار ٹیوب کو نشان 20 تک N/10 ہائیڈروکلورک ایسڈ 0.02 ملی لٹر خون اس میں دھویا جاتا ہے۔ 5، 10، 15 یا 40 منٹ کے بعد نشان کے مطابق براؤن سلوشن کو قطرہ قطرہ کر کے پانی سے پتلا کیا جاتا ہے حتیٰ کہ رنگ شینڈرڈ کے ساتھ مل جاتا ہے۔ تجربہ شاہد ہے کہ 75 فیصد کل رنگ ایک منٹ میں Develop کر جائے گا اور 88%، 5 منٹ میں۔
2 گھنٹے بعد رنگ کی ڈیولپمنٹ اپنے شینڈرڈ تک پہنچ جائے گی۔

(Total Count of Blood Corpuscles) ٹوٹل گنتی بلڈ کارپسلس

(Red Blood Cells) آر۔بی۔سی

آر۔بی۔سی پٹ پر 1 سے 100 تک

1 سے 200 تک

خون کی ڈائی لیوشن کے لئے درجے ہوتے ہیں۔ پٹ کا تنا 0.5 اور چوٹی پر 101 کا

ہندسہ بنا ہوتا ہے۔

انگلی سے خون لے کر پٹ میں ڈال کر اسے افقی رکھا جاتا ہے۔ خون 0.5 نشان تک
لیں۔ اگر مریض میں خون کی کافی کمی ہو تو اسے 1 تک رکھا جاتا ہے۔ پٹ کی تہہ کو اچھی طرح
صاف کر کے عمودی پتلے سرخ مائع میں ڈالیں پھر آہستہ سے یہ مادہ 101 تک ہو جائے گا۔ فوری
پٹ کی تہہ انگلی سے بند کر دیں اور خوب اچھی طرح ہلائیں۔ اس بات کا خیال رہے کہ پٹ کا
کپیلری سرا (Capillary End) مکمل طور پر مادہ (Diluent) پر مشتمل ہو، پس حقیقی ڈائی لیوشن
آف بلڈ 0.5 میں 101 نہیں لیکن 0.5 ہو گا 100 میں۔

بہتر طریقہ 200: 1 ڈائی لیوشن آف بلڈ 0.02 ملی لیٹر

ہیموگلوبن پٹ 4 ملی لیٹر ڈائی لیوننگ فلوئیڈ

فارمل سٹریٹ جو کہ 75×12 ملی لیٹر ٹیوب میں ہو۔ ٹیوب کو ربڑ کے ڈھکن سے سختی سے
بند کریں۔ ڈائی لیونڈ خون مکینیکل کمپر میں ملایا جاتا ہے۔ کاؤنٹنگ چیمبر کو بغیر وقت ضائع کئے
چارج پاچر پٹ (Pasteur Pipette) سے کیا جاتا ہے۔

ڈائی لیوننگ فلوئیڈ ہیمز سلوشن (Hagem's Solution):

1.0gm سوڈیم کلورائیڈ

5.0gm سوڈیم سلفیٹ

0.5gm مرکورک کلورائیڈ

200nl ڈسٹلڈ واٹر

گنتی ہیموسائیکومیٹر (Haemocytometer) سے کی جاتی ہے۔ کاؤنٹنگ چیمبر اور پیٹل
موٹی کورسل صاف کر لینی چاہئے اور کورسل کو کاؤنٹنگ چیمبر کی بار کے درمیان رکھنا چاہئے۔
پٹ کا مائع اچھی طرح ملا لینا چاہئے۔ 1/3 حصہ سے زیادہ مائع ضائع کر دینا چاہئے پھر پٹ کو
45 ڈگری سینٹی گریڈ پر رکھنا چاہئے۔ تہہ کو کورسل اور سلپ کی جگہ کو چھونا چاہئے۔ فلوئیڈ کو کپیلری
ایکشن سے کورسل کے نیچے دوڑنا چاہئے۔ بلبلے سے احتیاط کرنی چاہئے۔ کارپسلس کو 3 منٹ تک

بیٹھ جانے دیں۔ پھر کم طاقت کے لینز میں خوردبین سے دیکھیں۔ اگر سیلز ہموار تقسیم ہو گئے ہوں تو بہتر ورنہ اسے دوبارہ تیار کریں۔ اگر فلوئیڈ ادھر ادھر بہہ جائے تو پھر بھی سلائیڈ کو ضائع کر دیں اور نئی بنائیں۔ گنتی ہائی پاور میں کریں۔

اصول یہ ہے کہ کارسلو 5 گروپس میں ہوں گے۔

16 چھوٹے مربعوں میں

(80 چھوٹے ترین مربعے)

تمام کارسلو جو بائیں ہاتھ لائن کو چھوئیں یا مربع کے اندر ہوں اور نیچے کو چھو رہے ہوں اور دائیں ہاتھ والی لائنوں کو چھوڑ دیا جاتا ہے۔

گنتی:

1/20 ملی میٹر

ہر چھوٹا مربع ایک طرف سے

1/400 سی ایم ایم

پس ایک چھوٹے مربع کا رقبہ

1/10 سی ایم ایم

چیمبر کی گہرائی

1/10 × 1/400 سی ایم ایم

پس ہر چھوٹے مربع کی گنتی

1/10 × 1/400 × 80

ایسے چھوٹے 80 مربعوں میں گنتی

1/50 سی ایم ایم

پس سیلز کی تعداد ایک سی ایم ایم میں

80 سیلز × 50

اگر بلڈ ڈائی لیوٹن Lin 200 تو پھر ہمیں اوپر والی صورت کو 200 سے ضرب دینی پڑے گی۔ مثلاً

$$50 \times 200 = 10,000$$

اگر بلڈ ڈائی لیوٹن Lin 200 ہو تو 4 زیرو مزید ڈالیں گے۔

ٹوٹل گنتی سیلز 80 چھوٹے مربع میں تو تعداد سرخ ذرات 1 سی ایم ایم ان ڈائی لیوٹن نکل آئے گی۔

5,500,000 فی سی ایم ایم

مارٹل گنتی مرد

5,500,000 فی سی ایم ایم

مارٹل گنتی عورت

6,500,000 فی سی ایم ایم

نومولود

وائٹ بلڈ سیلز (خون کے سفید خلیے) (White Blood Cells):

ڈبلیو۔بی۔سی پٹ میں خون 0.5 نشان تک لیا جاتا ہے اور ڈبلیو۔بی۔سی فلوئیڈ 11 نشان تک لیا جاتا ہے۔ پھر وہی طریقہ اختیار کیا جاتا ہے جو RBC میں کیا جاتا ہے۔ ڈبلیو۔بی۔سی فلوئیڈ 3 فیصد اسٹیک ایسڈ پانی ملا۔

تمام لیکو سائٹس تھوما کاؤننگ چیمبر (Thoma Counting Chamber) پر گنیں، کم از کم چار (Preparation) گن کر اوسط نکالیں۔ نیو بار چیمبر (Neubar Chamber) اس کا چار کارز مربع اور ایک مرکزی مربع ہوتا ہے۔ ہر ایک ایک سکور ملی میٹر ہوتا ہے۔ (Sqmm) مرکزی سکور (Central Square) تھوما کاؤننگ چیمبر کی طرح کام کرتا ہے۔ یہاں بھی کم از کم چار (Preparation) گن کر اوسط لی جاتی ہے۔ اوسط نمبر حاصل کئے جاتے ہیں۔ تھوما یا نیو بار چیمبرز سے 200 سے ضرب دے کر کل ڈبلیو بی سی فی مکعب سینٹی میٹر (C.mm) بلڈ نکل آتے ہیں۔

پلیٹ لٹس (Platelets):

انگلی کی جلد اتھر سے صاف کریں۔ صاف اور خشک حصہ پر بڑے سائز کا قطرہ (2% Na Citrate in Normal Saline) ڈالیں۔ جلد کو قطرے کے اندر سے زخمی کریں تاکہ خون براہ راست ڈائی لیونٹ میں شامل ہو جائے۔ اس طرح پلیٹ لٹس آپس میں جڑتے نہیں (Clumping) پھر پلاٹینم کی 3 ملی میٹر تار سے اس خون کا کچھ حصہ سلائیڈ پر لیں اور احتیاط سے ویزلین لگی کورسلپ رکھیں۔ اس کی مقدار اتنی مناسب ہونی چاہئے کہ سلائیڈ اور کورسلپ پر (Diluted Blood) فالتو نہ جڑھے۔ آئل امرشن لینز (Oil Immersion Lens) استعمال کریں۔ آر بی سی گنیں اور پلیٹ لٹس کئی فیلڈز میں حتیٰ کہ 1000 آر بی سی گن لیں۔ آر بی سی کو عام طریقے سے گنیں۔ پلیٹ لٹس کی تعداد نسبت پلیٹ لٹس اور آر بی سی اور تعداد آر بی سی 1 سی ایم ایم سے نکالیں آر بی سی تعداد کو 1 سی ایم ایم سے ضرب دیں جتنے پلیٹ لٹس ملیں انہیں 1000 پر تقسیم کریں۔ آر بی سی اور پلیٹ لٹس ایک ہی فیلڈ میں تلاش کریں۔ اس سے پلیٹ لٹس کی تعداد فی سی ایم ایم آجائے گی۔ (نارمل 200000 سے 400000)

ای۔ایس۔آر (Erythrocyte Sedimentation Rate)

ای۔ایس۔آر کا کئی طریقوں سے پتہ لگایا جاسکتا ہے۔ اس میں خون کو منجمد ہونے سے روکنے کے لئے جو مادہ استعمال ہوتا ہے۔ اس کا تعلق ہے اور پھر خون کی مقدار اور وقت جتنا (Sedimentation) کے لئے دیا جائے۔ عام طور پر ویسٹر گرن طریقہ استعمال ہوتا ہے۔

ویسٹرگرن طریقہ (Westergren's Method):

ویسٹرن گرن ٹیوب ایک گلاس پٹ ہے۔ اس کی لمبائی 300 ملی میٹر قطر 2.5 ملی میٹر ہوتا ہے۔ اس پر 0 سے 200 ملی لیٹر تک درجے لگے ہوتے ہیں۔ اس میں 3.8% سوڈیم سٹریٹ خون جمنے سے روکنے کے لئے استعمال ہوتا ہے۔ یہ 0.5 ملی لیٹر سے 2 ملی لیٹر خون کے لئے کافی ہوتا ہے۔ نمکچر کو ویسٹرگرن ٹیوب میں "0" نشان تک بھر لیا جاتا ہے اور ٹیوب کو سینڈ پر سیدھا رکھ دیا جاتا ہے۔ اس میں ٹیوب کا سپرنگ کلپ اوپر رکھا جاتا ہے اور ر بڑتہ (Bottom) میں پھر ریڈیل کالم کالیول 1 گھنٹہ گزرنے پر پڑھا جاتا ہے اور دوسری ریڈنگ 2 گھنٹے کے وقفے سے لیتے ہیں۔ جو نتیجہ حاصل ہوتا ہے وہ سرخ سیل کالم کی چوٹی سے ہوتا ہے اور ملی میٹر میں ہوتا ہے۔ یہ فاصلہ سیڈی مینٹیشن (Sedimentation) کو ظاہر کرتا ہے۔

آدمی میں نارمل ریڈنگ 3 سے 15 ملی میٹر ہوتی ہے جو کہ ایک گھنٹے کے بعد ہوتی ہے۔ عورتوں میں نارمل ریڈنگ 5 سے 40 ملی میٹر تک ہوتی ہے اور یہ بھی ایک گھنٹے کے بعد نوٹ کی جاتی ہے۔

بلیڈنگ ٹائم (Bleeding Time):

اس مقصد کے لئے کان میں سوئی چھو کر خون لیا جاتا ہے۔ تیس میں سیکنڈ کے وقفے سے کان سے بہتا ہوا خون بلائنگ پیپر پر لگایا جاتا ہے۔ بلیڈنگ ٹائم ہیوفیلیا میں نارمل ہوتا ہے۔

خون کے جمنے کا ٹائم (Clotting Time):

کان میں سوئی چھو کر ٹیوبوں میں خون اکٹھا کیا جاتا ہے۔ پھر پھونک مار کر دیکھیں کہ خون جم گیا ہے کہ نہیں جب خون پھونک مارنے سے ٹیوب سے باہر نہ نکلے تو یہی خون کا جمنے کا ٹائم ہے۔ خون کے انجماد کو روکنے کے لئے مختلف قسم کی ادویات ڈالی جاتی ہیں۔

ہیموگلوبن فیصد (Haemoglobin Percentage):

انگلی سے خون لے کر پٹ میں 20 ملی میٹر تک لیا جاتا ہے اور پھر N/1 تک کا تیزاب 20 نمبر تک ڈائی لیونگ ٹیوب میں ڈال لیں۔ پٹ والے خون کو اس کے ساتھ ملا کر خوب ہلائیں۔ ہلانے پر ایسڈ ہیمائن بن کر رنگ تبدیل ہو جاتا ہے۔ ڈائی لیونگ ٹیوب میں متواتر 5 منٹ پانی ڈال کر شیشے کی راڈ کے ساتھ ہلائیں پھر ریڈنگ نوٹ کر لیں۔ 14 گرام ہیموگلوبن فی 100 سی سی خون کو 100 فیصد ہیموگلوبن تصور کیا جاتا ہے۔

ڈی۔ ایل۔ سی (Differential Leukocyte Count):

سلائڈ پر خون کی پتلی فلم بن کر خشک ہونے دیں۔ پھر لیٹن میں ملا کر آئل امیشن (Oil Immersion) لینز سے معائنہ کریں۔ خون کے سفید ذرات کی گنتی کریں۔ سفید ذرات میں نیوکلئیس کے کئی نقطے ہوتے ہیں اور آپس میں جڑے ہوتے ہیں۔ ایسٹوفیل (Eosinophil Cells) میں نیوکلئیس کے گرد سرخ ذرے موجود ہوتے ہیں۔ لمفوسائٹ (Lymphocyte) قدرے چھوٹے ہوتے ہیں۔ مونوسائٹس (Monocytes) کا نیوکلئیس اور سیلز بڑے ہوتے ہیں۔ پروٹوپلازم میں ذرات موجود نہیں ہوتے۔ گنتی تقریباً 200 کی کر کے پھر فیصد سے نوٹ کر لیں۔

ٹی۔ ایل۔ سی (Total Leukocyte Count):

ڈبلیو۔ بی۔ سی پٹ میں انگلی سے خون لے کر ڈال لیا جاتا ہے۔ انگلی سے خون 0.5 تک لیا جاتا ہے۔ پھر ڈبلیو۔ بی۔ سی سلوشن سے خون پتلا کرنے کے لئے "11" نشان تک سلوشن لیا جاتا ہے۔ پھر ان کو اچھی طرح ہلا لیں اور خون کو بلڈ کاؤنگنگ سلائڈ پر ڈال کر اوپر کورسلپ رکھ لیں۔ ڈبلیو۔ بی۔ سی گنتی کے لئے اس کے چاروں اطراف 64 بڑے مربعات ہوتے ہیں۔ ان کی کل تعداد کو 50 سے ضرب دیں تو کل T.L.C ایک کیوبک ملی لٹر کی تعداد دریافت ہو جاتی ہے جو کہ نارمل ہونے پر 6 تا 8 ہزار فی مکعب ملی میٹر ہوتی ہے۔

پاخانے کا معائنہ

(Stool Examination)

نارمل پاخانہ:

- 1- نارمل پاخانے میں پانی اور غیر ہضم شدہ خوراک کے ذرات ہوتے ہیں۔
- 2- ہضم خوراک مگر جو جسم میں جذب نہ ہوئی ہو۔
- 3- ہضم کرنے والے اجزاء مثلاً تبدیل شدہ بائل پگمنٹ اور اینزائم (Enzyme)
- 4- فیٹی ایسڈز (Fatty Acids) اور کئی قسم کی گیسیں۔
- 5- اپی تھیلیل (Epithelial Cells) سیلز اور بیکٹریا (Bacteria)

انٹریوں کی بیماریوں میں پاخانہ کی حالت:

- 1- پاخانے میں پیٹ کے کیڑے اور ان کے انڈے موجود ہو سکتے ہیں۔
- 2- بڈ (Blood) یعنی خون ہو سکتا ہے۔
- 3- پروٹوزوا
- 4- بیکٹیریا
- 5- باکٹریا اور انٹریوں کے مادے پاخانے میں موجود ہو سکتے ہیں۔ ٹارٹل گیلی حالت (Moist) میں میں بالغ کا پاخانہ تقریباً 100 سے 200 گرام 24 گھنٹے میں ہوتا ہے۔ سبزی والی خوراک میں مقدار 250 گرام تک ہو سکتی ہے۔ ماں کا دودھ (Breastfed) پیتے بچے کا پاخانہ زرد رنگ کا ہوتا ہے۔ اس کی بو بہت سخت ہوتی ہے اور پاخانہ تقریباً ایک جیسا ہوتا ہے۔

معائنہ کے لئے پاخانہ حاصل کرنا (Collection of Sample):

معائنہ سے پانچ یوم پہلے مریض کو بیریم (Barium) "بسمتھ (Bismuth) یا تیل نہیں دینا چاہئے۔ اگر مریض کو قبض رہتی ہے تو جلاب دیا جاسکتا ہے۔ پاخانہ صاف برتن میں اکٹھا کیا جاتا ہے۔ نہ تو اس میں پیشاب ملا ہوا ہو اور نہ ہی اس برتن میں جراثیم کش دوا استعمال کی گئی ہو۔ پاخانے کا وہ حصہ جس میں میوکس (Mucus) خون یا کوئی اور چیز خارج ہوئی ہو لے کر لیبارٹری میں بھجوا دینا چاہئے۔ پاخانے کو زیادہ عرصہ پڑا نہیں رہنا چاہئے۔ اگر دیر تک رکھنا مقصود ہو تو پھر اسے فریج (Refrigerator) میں رکھ دیں۔

پاخانے کا طبی معائنہ (Physical Examination of Stool):

- (i) ٹارٹل پاخانہ ہلکے یا گہرے براؤن رنگ کا ہوتا ہے۔ بچوں کا پاخانہ زرد رنگ کا ہوتا ہے جس کی وجہ دودھ پینا ہے۔ بچوں کے دستوں میں پاخانہ عموماً سبز رنگ کا ہوتا ہے۔
- (ii) پیلا یا سفیدی مائل مٹی کے رنگ کا پاخانہ صفرا کی نالیوں کی بندش کی وجہ سے ہونے والے یرقان میں ہوتا ہے۔ ایسے یرقان کو (Obstructive Jaundice) کہتے ہیں۔
- (iii) تاری بلیک (کالا) کوٹا جیسا (Tarry Black) پاخانہ انٹریوں نے خون کے اخراج کو ظاہر کرتا ہے۔
- (iv) پاخانے کا گہرا سرخ رنگ بڑی آنت کے آخری حصے ریکٹم سے خون کے اخراج کو ظاہر کرتا ہے۔

(v) اگر پاخانے کی سطح پر خون موجود ہو تو یہ بھی ریکٹم (Rectum) یا مقعد (Anus) کے ساتھ زخموں کو ظاہر کرتا ہے۔

2- پاخانے کی شکل اور نوعیت (Form / Consistency):

نارمل پاخانہ اپنی مخصوص شکل میں نرم سے سخت تک ہو سکتا ہے۔ پرانی قبض میں پاخانہ گولائی میں آتا ہے۔ جب کہ پھیلا ہوا فتنہ نما (Ribbon-Like) پاخانہ ریکٹم یعنی بڑی آنت میں رکاوٹ کو ظاہر کرتا ہے۔ پتلے پاخانے جلاب یا دست کو ظاہر کرتے ہیں۔ چادلوں کے پانی جیسے دست (Rice Water Stool) ہیضہ کی علامت کو ظاہر کرتے ہیں۔

3- بو (Odour):

اگر پاخانے کی بوتیز ہو تو یہ بیوٹائرک ایسڈ (Butyric Acid) کی موجودگی کو ظاہر کرتا ہے۔ دودھ پیتے بچوں کے پاخانے میں عموماً سخت بدبو ہوتی ہے جو کہ فیٹی ایسڈز (Fatty Acids) کی وجہ سے ہوتی ہے۔ بالغوں میں سخت بدبودار پاخانہ عموماً ڈائسنٹری (Dysentery) میں ہوتی ہے۔ اگر ریکٹم پھول جائے تو بھی پاخانہ بدبودار ہوتا ہے۔

4- میوکس (Mucus):

جب میوکس بظاہر کم اور پاخانے کے ساتھ زیادہ کس ہو چکی ہو تو یہ چھوٹی آنت میں زخم کو ظاہر کرتی ہے۔ اور میوکس بہت زیادہ نظر آ رہی ہو اور پاخانے میں کم ملے تو یہ بڑی آنت (Large Intestine) میں زخم کو ظاہر کرتی ہیں۔

5- پیپ (Pus):

پاخانے میں پیپ کی موجودگی درج ذیل بیماریوں کو ظاہر کرتی ہے۔

- | | | |
|-----------------------|--------------------|-------|
| (Bacillary Dysentery) | بیسلری ڈائی سینٹری | (i) |
| (Tuberculosis) | ٹی بی | (ii) |
| (Ulcerative Colitis) | السریٹوکولائیٹس | (iii) |

6- سخت مادے (Concretions):

سختے کی پتھریاں ہی انٹریوں میں اہم سخت مادے ہوتے ہیں۔ یہ اپنی مخصوص شکلوں سے پہچانی جاتی ہیں۔ اگر شکلوں میں ظاہر نہ ہو تو ان میں کولیسٹرول (Cholestrol) اور بائل پگمنٹ (Bile Pigment) کی موجودگی بھی ہوتی ہے۔

7- پیٹ کے کیڑے (Helminths):

ٹیپ ورم کے حصے اور بہت سے بڑے کیڑے اکثر پاخانے میں پائے جاتے ہیں۔ کیڑوں کو تلاش کرنے سے پہلے کیڑے مار دوائی (Vermicide) اور جلاب دینا بہتر ہوتا ہے۔ چھوٹے (Thread Worms) دیکھنے کے لئے پہلے انہیں کرنا ضروری ہوتا ہے۔ پاخانے کا نمونہ حاصل کر کے پلیٹ میں صاف پانی لے کر ہینڈ لینز (Hand Lens) سے معائنہ کیا جاتا ہے۔

کیمیائی معائنہ (Chemical Examination)

1- رد عمل (Reaction):

- ◀ پاخانے کا رد عمل عموماً ہلکا سا تیزابی یا اساسی ہوتا ہے۔
- ◀ خوراک میں کاربوہائیڈریٹس کی زیادتی تیزابیت پیدا کرتی ہے۔
- ◀ خوراک میں پروٹین کی زیادتی اساس پیدا کرتی ہے۔
- ◀ پاخانے کا ٹیسٹ آسانی کے لئے لکٹس پیپر سے کر لیا جاتا ہے۔

2- خون (Blood):

خون کی موجودگی عام آنکھ سے محسوس نہ ہو تو اسے اسپیشل ٹیسٹ سے پتہ لگایا جاتا ہے۔ چھپا ہوا خون یا اکلٹ بلڈ (Occult Blood) جو کہ پاخانے میں ملا ہوتا ہے۔ وہ درج ذیل بیماریوں کو ظاہر کرتا ہے۔

(i) معدہ کا کینسر (Carcinoma Stomach)

(ii) بڑی آنت کا السر (Ulcer of Large Intestine)

اور کچھ پیراسائٹس جو انسان سے خوراک حاصل کرتے ہیں۔ ان کی وجہ سے بھی پاخانے میں خون آ سکتا ہے۔

خون کا پتہ لگانے کے لئے ٹیسٹ (Test for Occult Blood):

مریض کو چھ روز کے لئے گوشت کھانے سے روک دیں اور پانچویں اور چھٹے روز کے نمونے ٹیسٹ کرنے چاہئیں۔ پاخانے کا تھوڑا سا حصہ لے کر پانی کے ساتھ نرم کریں اور پھر برابر مقدار ایتھر سے چربی دور کرنے کے لئے دھوئیں۔ پھر ایتھر (Ether) کو نکال دیں۔ باقی مادے سے 10 ملی لیٹر لے کر 3 سے 4 ملی لیٹر گلیشیل ایسک ایسڈ (Glacial Acetic Acid) سے ملائیں۔

۱۰) لیٹرائٹیم کیمچر میں ڈالیں۔ اگر ایٹیمرا جی طرح علیحدہ نہ کرے تو ۵ ملی لیٹر الکوحل ڈال کر آہستہ سے ملائیں۔

بینزائیڈین ٹیسٹ (Benzidine Test):

اس ٹیسٹ میں استعمال ہونے والے ریجٹ (Reagents) درج ذیل ہیں:

(الف) سلوٹن بینزائیڈین، گلیشیل رسک ایسڈ میں

(ب) ہائیڈروجن پراکسائیڈ (Hydrogen Peroxide)

ٹیسٹ ٹیوب میں دونوں مادے (الف) اور (ب) برابر مقدار میں لے کر ملائیں۔ ان میں ایٹیمرائل ایکسٹریٹ برابر مقدار میں ملائیں اگر پاخانے میں خون ہے تو نیلا (Blue) رنگ آئے گا۔

پاخانے کا خوردبینی معائنہ (Microscopic Examination):

پاخانہ کو کئی دوسرے حصوں سے کافی نمونے لے کر معائنہ کریں۔ اگر پیپ یا خون موجود ہو تو اس میں سے معمولی سا حصہ لے کر ٹارمل سلائن سے پتلا کر لیں اور سلائڈ پر رکھ لیں اور اوپر کورسپ (Cover Slip) رکھ دیں۔ خوردبین سے معائنہ پر پیپ کے خلیے (Pus Cells) خون کے سرخ ذرات، بیکٹیریا، قلمیں، پروٹوزوا اور پیراسائٹس کے انڈے، سبزیوں کے فائبرز، سبزیوں کے سیلز، شارچ گریٹولز، مسل فائبرز، فیلنس وغیرہ کی پہچان ہو جاتی ہے۔

1- فیلنس (Fats):

فیلنس (Fats) کو چربی بھی کہتے ہیں۔ یہ فیشی ایسڈز اور سوپ کی حالت میں ظاہر ہوتی ہے۔ فیشی ایسڈز اکثر سوئی نما قلموں میں ہوتے ہیں۔ جب کہ سوپ، کیمیشیم سوپ زرد مادے کی طرح ہوتا ہے۔

2- پس سیلز (Pus Cells):

یہ انتڑیوں کے السر کی وجہ سے موجود ہوتے ہیں۔ امیبک ڈائی سینٹری (Amoebic Dysentery) میں پس سیلز انفیکشن (Infection) کو ظاہر کرتے ہیں۔ ہیسٹری ڈائی سینٹری (Bacillary Dysentery) میں ایک کثیرا جے اینٹ امیباہستہ لائی ٹیکا (Entamoeba histolytica) کہتے ہیں، موجود ہوتا ہے۔

3- خون کے سرخ ذرات (Red Blood Cells):

بڑی آنت کی سوزش بڑی آنت کے آخری حصے کی سوزش اور مقعد سے خون آ سکتا ہے۔ امیبک ڈائی سینٹری (Amoebic Dysentery) میں R.B.C سرخی مائل زرد ہوں گے جب کہ بیکٹری ڈائی سینٹری (Bacillary Dysentery) میں چمکدار اور نمایاں یا علیحدہ (Discrete) ہوں گے۔

4- بیکٹیریا (Bacteria):

پاخانے میں بیکٹریا کی موجودگی کا معائنہ عموماً غیر ضروری ہوتا ہے۔

5- پیسٹ مولڈ (Yeast Mold):

پیسٹ سلیز بعض اوقات کافی مقدار میں انتڑیوں کی خرابی (Fermentation) میں پائے جاتے ہیں۔

6- پروٹوزوا (Protozoa):

پروٹوزوا میں درج ذیل پیسٹ کے کیڑوں کو دیکھا جاتا ہے۔

(i) اینٹامیبا ہسٹولائیٹیکا (Entamoeba Hystolytica):

سٹ (Cyst) کا معائنہ کرنے کے لئے پاخانے کو آیوڈین سلوشن کے ساتھ ملا کر سلائڈ پر رکھ کر اوپر کورسپ رکھ کر خوردبین کے نیچے معائنہ کریں تو یہ درج ذیل خصوصیات ظاہر کرتا ہے:

1- یہ تیزی سے بڑھتا ہے اور اس کا بڑھنا ایک خاص سمت میں ہوتا ہے۔

2- یہ انگلی نما شفاف ہوتا ہے۔

3- اس میں نیوکلیئس (Nucleus) نظر نہیں آتا۔

4- نیوکلیئر ممبرین (Nuclear Membrane) نازک باریک اندر کی سطح پر کروماتن نقطے (Dots) ہوتے ہیں۔

5- کیریوسوم (Karyosome) نیوکلیئس کے مرکز میں بہت چھوٹا ہوتا ہے۔

(ii) انتڑیوں کے فلیجیلیٹس (Intestinal Flagellates):

پاخانے کے معائنہ پر مندرجہ ذیل انتڑیوں کے فلیجیلیٹس خوردبین سے دیکھے جاسکتے

ہیں۔

(الف) ٹرائی کوموناس انٹسٹائنیلیس (Trichomonas Intestinalis):

لمبائی 10 سے 15 U ہوتی ہے۔ ناشپاتی جیسی شکل یا زیادہ بھی فلی جیلا (Flagella) ہو سکتے ہیں۔ تین یا زیادہ اگلے حصے سے پتکے ہوتے ہیں۔ حرکت تقریباً امیبا (Amoeboid) جیسی ہوتی ہے۔ اس پیراسائٹ کی سسٹ نہیں ملتی۔

(ب) چیلوماس ٹیکس میسنیلی (Chilomastix Mesnili):

- ◀ اس کی شکل ناشپاتی جیسی ہوتی ہے۔
- ◀ لمبائی تقریباً 13 سے 24 مائیکرون ہوتی ہے۔
- ◀ اس میں بڑا گول نیوکلئیس ہوتا ہے۔
- ◀ سائیکوپلازم میں کافی سارے خوراک کے خانے (Vacuoles) ہوتے ہیں۔
- ◀ سسٹ (Cyst) گولائی میں ہوتی ہے۔ نیوکلئیس اور سائیکوسٹوم (Cytostome) کے کنارے سسٹ (Cyst) دیکھے جاسکتے ہیں۔

(ج) جیاردیا انٹسٹائنیلیس (Giardia Intestinalis):

- ◀ شکل ناشپاتی جیسی ہوتی ہے۔
- ◀ 12 سے 20 مائیکرون تک لمبائی ہوتی ہے۔
- ◀ سسٹ (Cyst) گولائی میں ہوتی ہے۔

(د) بالانٹیڈیم کولائی (Balantidium Coli):

- ◀ شکل گول ہوتی ہے۔
- ◀ لمبائی 60 سے 100 مائیکرون
- ◀ 50 سے 70 مائیکرون چوڑائی سیلیا (Cilia) سے ڈھانپی ہوتی ہے اگلے سرے پر قیف نما منہ ہوتا ہے۔
- ◀ اس کی موجودگی سے دست آنے لگتے ہیں جو کہ امیبک ڈائری سینٹری (Amoebic Dysentery) سے ملتے ہیں۔

بلغم کا معائنہ عام آنکھ سے

(Naked Eye Examination)

مقدار:

بلغم کی مقدار صبح سویرے چند ملی لٹر، چوبیس گھنٹوں میں ایک لٹر تک اخراج پھیپھڑوں کی ٹی بی، پرائی برو نکائی ٹس اور پھیپھڑوں کا پھوڑا ظاہر کرتی ہے۔ اگر بو (Odour) سخت ناگوار گزرنے والی ہو تو پھیپھڑوں کا پھوڑا (Abscess) یا پھیپھڑوں کی گنگرین (Gangrene) ہو سکتی ہے۔

ظاہری حالت اور گاڑھا پن (Consistency & Appearance):

اگر بلغم گاڑھا اور خون کی آمیزش والا ہو تو یہ نمونیا کو ظاہر کرتا ہے۔ ٹی بی اور پھیپھڑوں کے کینسر میں بھی ایسا ہو سکتا ہے۔ پھیپھڑوں کی Traumatic حالت میں بھی بلغم مدد دیتا ہے۔ اگر بلغم کو لمبے گلاس میں کافی گھنٹوں تک رکھا جائے تو اگر برو نکائی ٹس (Bronchitis) یا پھیپھڑوں میں پھوڑا ہو تو بلغم 2 یا 3 واضح سطحوں (Layers) میں علیحدہ ہو جائے گی۔ عموماً اوپر والی سطح جھاگ (Frothy) جیسی ہوگی۔ دوسری سطح پانی جیسی ہوگی اور تیسری تہہ والی سطح پیپ اور بیکٹیریا پر مشتمل ہوگی۔

خورد بینی معائنہ (Microscopic Examination)

بلغم میں پس سِلز (Pus Cells):

- 1- عام رنگین قلم (Leishman Stained) میں اگر پیپ ظاہر ہو تو ایسا برو نکائی ٹس اور پھیپھڑے کی پھوڑے میں ہی ممکن ہوتا ہے۔
 - 2- اگر ایوسینوفیل سِلز (Eosinophil Cells) نظر آئیں تو یہ برو نکیل استھما (Bronchial Asthma) کو ظاہر کرتا ہے۔
 - 3- اگر الاسٹک فائبرز (Elastic Fibers) کے بنڈل نظر آئیں تو پھیپھڑوں کی تباہی سے بھی ایسا ہو سکتا ہے۔ مثلاً ٹی بی پھیپھڑوں کا پھوڑا۔
- کرشمین سپائرل (Crushman Spiral) کی موجودگی برو نکیل استھما کو ظاہر کرتی ہے۔ مزمن ہونے سے پہلے چار کوٹ لیڈن کرشل دے کے ہر مریض میں نظر آ سکتی ہیں مگر یہ کسی بیماری کی تشخیص میں مدد نہیں دیتیں۔ یہ کرشل بے رنگ لمبی تیز نوکدار پانی، الکحل

- اور ایتھر میں نا حل پذیر ہوتی ہیں۔ مگر تیزاب اور اساس میں قابل حل ہوتی ہیں۔
- فیٹی ایسڈ کرٹلز (Fatty Acid Crystals) یہ کرٹلز مام بلور پر فیٹی بی میں ہوتی ہیں۔
- فائبرینس کاسٹس (Fibrinous Casts) یہ عموماً نمونیا میں ہوتے ہیں۔ شاذ و نادر برو نکائی ٹس میں بھی ہو سکتے ہیں۔
- پگمنٹڈ سیلز (Pigmented Cells) ایسے سیلز دل کے فیل ہونے کی صورت میں ہوتے ہیں۔
- کاربن سیلز یا ڈسٹ لیڈن سیلز (Carbon Cells or Dust Laden Cells) ان سیلز کی رنگت سرخی مائل سیاہ ہوتی ہے۔ ماحول دھوئیں والا ہو یا پھر ایتھرا کوکس (Anthraco-sis) میں بلغم میں یہ سیلز پائے جاتے ہیں۔

پیراسائٹس (Parasites):

جب امیبک جگر کا پھوڑا (Amoebic Liver Abscers) ہو جس سے پھیپھڑا چر (Rupture) جائے تو بلغم کو بھی پاخانے کے طریقے پر چیک کیا جاسکتا ہے۔

بیکٹیریا لوجی (Bacteriology):

معائنہ کے لئے بلغم لینے سے قبل بغیر کسی جراثیم کش دوائی سے مریض کا منہ دھالیں۔ جراثیم سے پاک پیٹری ڈش (Sterile Petri Dish) میں بلغم لینا چاہئے اور پھر بلڈ ایگار سلوپ سے پیوند کاری (Innoculate) ہونے دیں اور بلغم میں جراثیموں کی بناوٹ کو اس طرح دیکھیں۔

1- ٹیوبرکل بٹیریلس (Tubercle Bacillus):

اس مقصد کے لئے بلغم کو خاص میڈیا میں کلچر کیا جاتا ہے۔

2- نیوموکوکس (Pneumococcus):

ان کی موجودگی نمونیا کی تشخیص میں مدد دیتی ہے۔

3- فرائیڈلینڈر نیوموبٹیریلس (Friedlander's Pneumobacillus):

نمونیا میں بعض اوقات یہ جراثیم پائے جاتے ہیں اور بعض دوسرے حالتوں میں بھی ان کا ہونا ممکن ہے۔ منہ اور ناک میں بھی یہ جراثیم پائے جاتے ہیں۔

4۔ انفلوئنزا بیسی لیس (Influenza Bacillus):
یہ بڑے سائز میں موجود ہوتے ہیں جیسے کہ گرام شین میں باریک سرخ بیسی لائی

(Bacilli)

5۔ سٹرپٹوکوکس ہیمولائی ٹیکس (Streptococcus Hemolyticus):
عموماً یہ جراثیم ہالٹوں میں نمونیا کا باعث بنتے ہیں۔

6۔ سٹیفائیلاکوکس آریس (Staphylococcus Aureus):
یہ جراثیم عموماً بروڈنگائی ٹس میں ہوتے ہیں اور بلیغم سے علیحدہ کئے جاسکتے ہیں۔

7۔ ڈیفٹیریا بیسی لیس (Diphtheria Bacillus):
یہ بلیغم میں بہت کم ہوتے ہیں۔ گلے کے بلیغم میں یہ زیادہ ہوتے ہیں۔

8۔ پلاگ بیسی لیس (Plaque Bacillus):
نمونیا پلگ میں کافی مقدار میں ہوتے ہیں۔ چھوٹی زنجیر کی طرح جوڑوں میں ہوتے ہیں۔

اکٹینو مائی کوکس (Actinomycosis):
ان کی بلیغم میں موجودگی بہت کم ہوتی ہے۔ مخصوص گندھک کے ذرات بلیغم میں یا پیپ میں پائے جاتے ہیں۔

حاملہ ہونے کا ٹیسٹ (Pregnancy Test)

جب کوئی عورت حاملہ ہو تو اس کے جسم میں ایک ہارمون پیدا ہوتا ہے۔ جسے (Human Chorionic Gonadotrophin) یا ایچ۔سی۔جی (HCG) ہارمون کہتے ہیں۔ اس ہارمون کی موجودگی پیشاب میں معلوم کی جاسکتی ہے۔

اس کے لئے "One Step Home Pregnancy Test" یا "Life Sign Plus" ایک سستی کٹ ہے۔ اس میں دو خانے بنے ہوتے ہیں۔ ایک خانے پر "C" اور "T" کے نشان لگے ہوتے ہیں اور کچھ فاصلے پر ایک خانے پر S کا نشان لگا ہوتا ہے اور اسی خانے میں پیشاب کے تین قطرے ڈالتے ہیں اور تین منٹ انتظار کرتے ہیں تو C اور T والے خانے میں دونوں نشانوں پر سرخ لائن ظاہر ہو جاتی ہے اور اس کا مطلب ہے کہ ٹیسٹ مثبت (Positive) ہے اور مریضہ کو حمل

ہے اور اگر دونوں نشانوں میں سے کسی ایک پر لائن ظاہر ہو تو اس کا مطلب ہے کہ مکمل نہیں ہے۔
اس کٹ میں مکمل ہدایات ساتھ لکھی ہوئی ہوتی ہیں۔

ہدایات:

- 1- کٹ کو پیننگ سے نکالیں اور کسی ہموار اور خشک سطح پر رکھیں۔
- 2- ڈراپر کے ذریعے تین قطرے پیشاب کے حاصل کریں۔
- 3- حاصل شدہ نمونے کو ڈراپر کے ذریعے کٹ پر موجود "S" والے خانے میں 3 قطرے ڈال دیں۔
- 4- اگر نمونہ مقررہ مقدار سے کم ہو یا "C" اور "T" والے خانے میں ڈالا جائے تو نتائج موثر نہیں ہوں گے۔
- 5- تین منٹ بعد کٹ پر نتیجہ ظاہر ہو جائیں گا۔

ٹونومیٹری (Tonometry)

25 سے اوپر کے مریضوں کی آنکھ کے عمومی معائنے کے دوران یا ان کا مکمل میڈیکل چیک اپ ہو رہا ہو اور آنکھ کے اندر پریشور بڑھ جانے کا شک ہو۔ (کالاموتیا یا Glaucoma) تو ایسے مریضوں میں ٹونومیٹری کی ریڈنگ ضرور لینی چاہئے۔

تضادات اور احتیاطیں:

ان مریضوں میں ٹونومیٹری نہیں کرنی چاہئے جن کی آنکھوں میں انفیکشن ہو کیونکہ یہ انفیکشن ٹونومیٹر کے ذریعے دوسروں تک پہنچ سکتی ہے۔ چیک اپ سے پہلے اور بعد میں ٹونومیٹر کی فٹ پلیٹ کو جراثیموں سے پاک گیلی روئی سے اچھی طرح صاف کر لینا نہایت ضروری ہے۔ ریڈنگ لینے سے پہلے آنکھ میں سن کرنے والی دوا ضرور ڈال لینی چاہئے۔

طریقہ کار ٹی مکمل ہدایات کو مد نظر رکھے بغیر معائنہ نہیں کرنا چاہئے۔ ٹونومیٹر کی سوئی کو زیرو (صفر) پر لا کر صحیح طور پر کارنیا (Cornea) پر لگانا چاہئے کئی ریڈنگ لیں اور ان میں تمبٹوں اور دنوں کا وقفہ ہو اور اس کے ساتھ ساتھ آنکھ کے دوسرے معائنے ہونا بھی ضروری ہوتا ہے۔ تعاون نہ کرنے والے مریض کو نقصان پہنچ سکتا ہے اور نتیجہ بھی مفید نہیں ہوگا۔

مطلوبہ اشیاء و مطلوبہ آلات:

- 1- شی اس (Schiotz) ٹونومیٹر بمع اوزان (Weights)

- 2- Alcaine Eye Drops یا Ethicaine Eye Drops آنکھ کی سطح سن کرنے کے لئے استعمال ہوتے ہیں۔ ان کے ایک سے تین قطرے ڈال سکتے ہیں۔
- 3- جراثیموں سے پاک روئی نارمل سیلائن میں بھیگی ہوئی۔
- 4- ٹونو میٹر چارٹ

طریقہ کار:

مقامی طور پر سن کرنے والی دوا (Local Anesthetic) کا ایک قطرہ آنکھ میں ڈالیں۔ مریض کو لٹا دیں اور اسے اپنی دونوں آنکھیں چھت پر ایک نقطہ پر مرکوز کر کے رکھنے کو کہیں اور ٹونو میٹر کو آہستگی سے دونوں آنکھوں کی کارنیائی سطح پر باری باری رکھ کر ٹونو میٹر سے ریڈنگ نوٹ کر لیں۔

آنکھ کے اندر پیدا ہونے والا تناؤ (Intra Ocular Tension) کو چارٹ کے ذریعے اخذ کیا جاتا ہے جو کہ ریڈنگ کو ملی میٹر آف مرکری میں تبدیل کر دیتا ہے۔ عام طور پر نارمل ریڈنگ 12 سے 20 سی اےس کے درمیان ہوتی ہے اور 20 سے 25 کے درمیان توجہ طلب ہے۔ اس لئے ریڈنگ کو مختلف اوقات یا گھنٹوں میں یادوں کے وقفے سے لیں۔

پیشیدگیاں:

- 1- مریض کو زخم بھی ہو سکتا ہے۔
 - 2- انفیکشن ہو سکتا ہے۔
- اگر ٹونو میٹر صحیح کی جائے تو کوئی پیشیدگی پیدا نہیں ہوتی۔



ایلو پیمنٹلک ہیڈیکل بکسز



عثمان پبلی کیشنز شیخ بشیر

عمران و تاجران تب الادو بازار لاء ویر

PH # 0333-4275783, 042-7640094